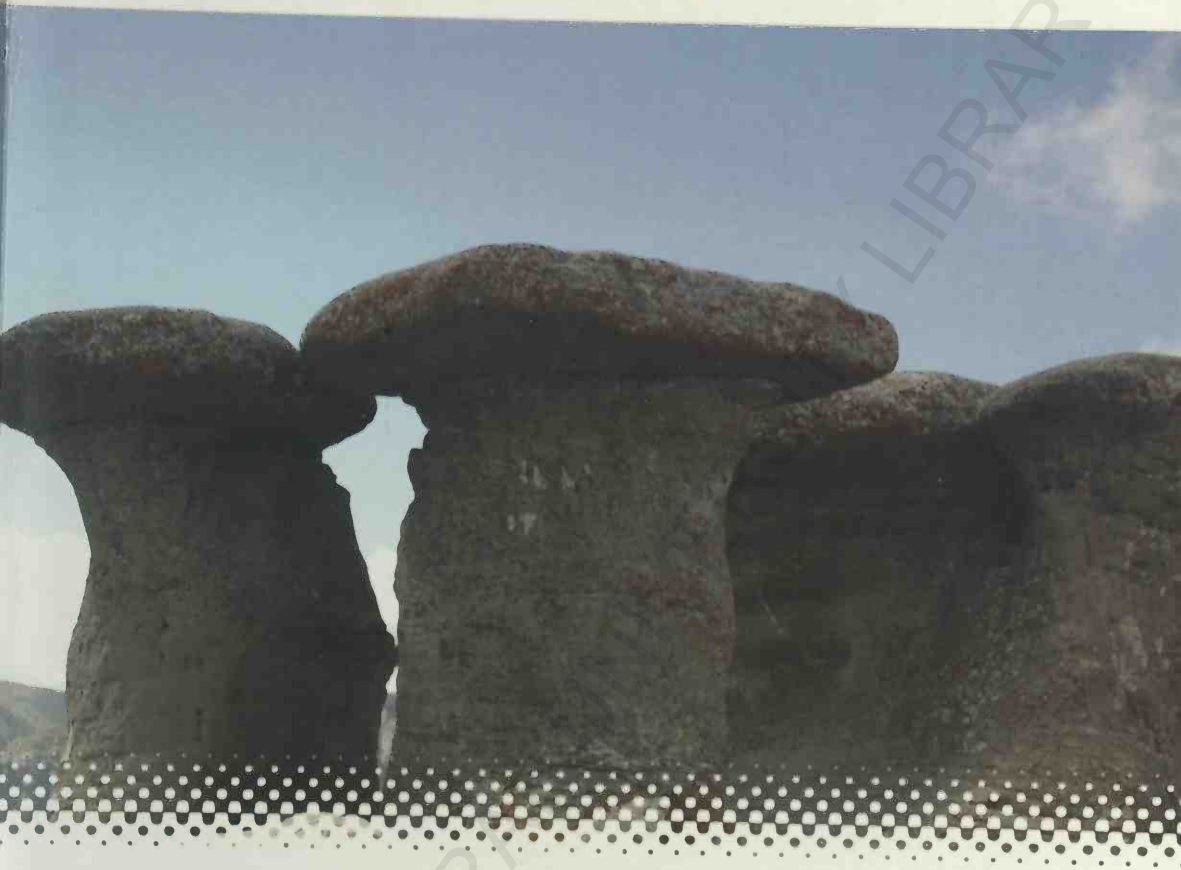
ONG
ALTERNATIVE SOCIALE
Pentru o comunitate mai sigură!



Cătălin Luca

Daniela Gîrleanu-Şoitu

(coordonatori)

METODOLOGIE

e lucru în asistenţa psiho-socio-juridică a persoanelor vârstnice

III 45.690

Iaşi
2012

SNSPA IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBL CENTR. UNIV
"M EMINESCU" IASI
III 45.690

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cătălin Luca Daniela-Tatiana Gîrleanu-Şoitu
(coordonatori)

640330

METODOLOGIE

de lucru în asistența psiho-socio-juridică a persoanelor vârstnice

Dana Pîrvu
Liliana Foca
Dumitru Pușcașu
Ana-Maria Grigorescu
Nicoleta Ungurianu
Traian Isăilă
Milka-Nicoleta Rotaru
Raluca-Andreea Neculai
Maria Simona Minuț

000004 94007
BCU Iasi

ADO
Iași
2012

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

© Copyright 2012 by Asociația Alternative Sociale
Nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul scris
al Asociației Alternative Sociale

ISBN 978-973-0-12868-0

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

25.IUL. 2012

LISTA AUTORILOR

Dr. Cătălin Luca este psiholog specialist în psihologie clinică și director executiv la Asociația Alternative Sociale.

conf. univ. dr. Daniela-Tatiana Gîrleanu-Șoitu predă cursuri de asistență socială a persoanelor vârstnice și consiliere la Facultatea de Filosofie și Științe Social - Politice a Universității „Alexandru Ioan Cuza" din Iași.

Dana Pîrvu este coordonator de proiecte în cadrul Asociației Alternative Sociale cu specializare în management social și dezvoltare comunitară.

Drd. Liliana Foca este coordonator de proiecte și psiholog în cadrul Asociației Alternative Sociale.

Nicoleta Ungurianu este asistent social în cadrul Asociației Alternative Sociale, cu specializare în managementul resurselor familiale.

Milka-Nicoleta Rotaru este psiholog în cadrul Asociației Alternative Sociale, cu specializare în Psihologie clinică și psihoterapie.

Raluca-Andreea Neculai este asistent social în cadrul Asociației Alternative Sociale, cu specializare în managementul resurselor familiale.

dr. Ana-Maria Grigorescu este medic primar psihiatru la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" Iași.

Dumitru Puşcaşu este asisistent social si lucreaza ca senior practitioner in Serviciile Sociale pentru Adulti in Marea Britanie.

Maria Simona Minuț este asistent social în cadrul Congregației Fiicelor Sfintei Maria a Divinei Providențe cu specializare în managementul resurselor familiale.

Traian Isăilă este avocat în cadrul Baroului București.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CUPRINS

INTRODUCERE (7)

CAP.I ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE (9)
I.1. Teorii în asistența socială a persoanelor vârstnice (Daniela-Tatiana Gîrleanu-Șoitu) (9)
I.2. Perspective în lucrul cu persoane vârstnice (Daniela-Tatiana Gîrleanu-Șoitu) (14)
I.3. Management de caz în asistența persoanelor vârstnice (Dana Pîrvu) (24)
I.4. Prezentare și instrumentare caz (Nicoleta Ungurianu, Raluca-Andreea Neculai) (40)

CAP.II ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE (85)
II.1. Teorii psihologice (Milka-Nicoleta Rotaru, Dumitru Pușcașu) (86)
II.2. Considerații privind evaluarea psihologică (Milka-Nicoleta Rotaru) (94)
II.3. Teme de consiliere în asistența psihologică (Liliana Foca, Dumitru Pușcașu) (98)
II.4. Interviul motivațional (Liliana Foca) (105)
II.5. Reziliența persoanelor vârstnice (Liliana Foca) (117)
II.6. Instrumente de lucru în asistența psihologică (Milka-Nicoleta Rotaru) (121)

CAP.III DEPRESIA ȘI DEMENȚA – TULBURĂRI CU RISC RIDICAT DE APARIȚIE LA VÂRSTA A TREIA (Cătălin Luca, Ana-Maria Grigorescu) (135)
III.1. Tulburarea depresivă (135)
III.2. Demența (140)

CAP.IV CADRUL LEGISLATIV ÎN ASISTENȚA PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA (Dana Pîrvu) (145)
IV.1. Recomandări internaționale (145)
IV.2. Legislația românească (146)
IV.3. Competențe instituționale (147)
IV.4. Provocări socio-demografice (151)

CAP.V CÂTEVA PROBLEME JURIDICE ALE PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA (Traian Isăilă) (154)
V.1. Aspect prealabil. Terminologie. Aplicarea legii în timp (154)
V.2. Capacitatea de a încheia acte juridice și consimțământul persoanei vârstnice (158)
V.3. Drepturile și obligațiile patrimoniale ale soților. Regimurile matrimoniale (168)
V.4. Moștenirea soțului supraviețuitor (172)
V.5. Înstrăinarea drepturilor din propriul patrimoniu (183)

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ANEXE (153)
1. Prezentarea căminului de bătrâni „Sfântul Iosif" (202)
Instrumente în asistența socială
2. Cerere de acordare servicii (208)
3. Fișa inițială a cazului (209)
4. Contract de asistență (210)
5. Ancheta socială (218)
6. Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice (221)
7. Analiza câmpului de forțe (232)
8. Matricea ciclului de viață (233)
9. Plan individualizat de îngrijire și asistență (234)
10. Programul și orarul activităților desfășurate la domiciliul beneficiarului (235)
11. Fișă de evidență a administrării medicației (236)
12. Program individualizat de recuperare (237)
13. Program de integrare socială (238)
14. Raport de întrevedere/convorbire telefonică (239)
15. Proces verbal de donație (240)
16. Decizie de sistare a serviciilor (241)
17. Fișă de închidere a cazului (242)
18. Fișă de monitorizare (243)
Instrumente în asistența psihologică
19. Contract de asistență psihologică (244)
20. Raport de evaluare psihologică (246)
21. Raport de întrevedere pentru consiliere psihologică (248)
22. Fișă individuală de consiliere (249)

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

INTRODUCERE

Lucrarea de față este rezultatul experienței practice de asistență a peste 700 de persoane vârstnice aflate în dificultate din orașul și județul Iași, asistență realizată de specialiștii Alternative Sociale în colaborare cu instituțiile publice și alte organisme private autorizate din comunitate.

Deoarece în perioada implementării proiectelor pentru asistența persoanelor de vârsta a treia literatura românească de specialitate în acest domeniu era relativ puțină am decis împreună cu echipa de implementare a proiectului să elaborăm un ghid care să prezinte teoriile care stau la baza intervenției, legislația și instrumentele de lucru specifice acestui tip de asistență.

Această metodologie a fost construită după structura unei „truse de unelte pentru intervenția psihosocială"[1] , adică conține „ustensilele" necesare psihologului, asistentului social, juristului și altor persoane cu atribuții în asistența persoanei vârstnice aflată în dificultate, să intervină pentru a o sprijini pe aceasta să traverseze, sau să depășească momentele de viață defavorabile, problemele socioeconomice, problemele legate de sănătate, singurătate, lipsă de suport social etc. Mai precis, în funcție de cazul pe care îl instrumentează specialistul să poată lua din această lucrare teoria, metoda, formularul etc. și să-l aplice situației astfel încât să „repare" problema cu care clientul vârstnic asistat se confruntă.

Primul capitol al lucrării este dedicat asistenței sociale a persoanelor vârstnice. În deschiderea acestuia sunt prezentate teorii care evidențiază schimbările apărute la nivelurile mediului de viață, rolurilor, interacțiunii cu ceilalți etc. Capitolul continuă cu prezentarea unor aspecte a managementului de caz în asistența persoanelor vârstnice: tipuri de servicii de care persoanele vârstnice pot beneficia conform legislației românești; nivelurile, funcțiile, etapele și instrumentele specifice managementului de caz și aspecte privind implicarea voluntarilor. Pentru a da eficacitate demersului teoretic, capitolul se încheie cu prezentarea și instrumentarea unui caz folosind instrumentele de lucru specifice asistenței sociale prezentate în interiorul capitolului.

Asistența psihologică a persoanelor vârstnice este al doilea capitol al lucrării și se ocupă de îmbătrânire ca proces ce are loc la nivel psihologic ca urmare a modificărilor calitative a structurilor personalității și a funcțiilor cerebrale aflate la baza vieții psihice. În deschiderea capitolului sunt prezentate teorii psihologice care stau la baza asistenței persoanelor vârstnice. Evaluarea psihologică cu secvențele acesteia (obiective, particularități și etape), descrisă concis și exemplificat în vederea sprijinirii psihologilor interesați să utilizeze acest instrument adaptat particularităților vârstei a treia. Capitolul continuă cu descrierea a patru teme de consiliere frecvent întâlnite în asistența persoanelor

[1]Conceptul aparține psihiatrului și psihologului Șerban Ionescu, profesor de psihopatologie la Universitatea Paris VIII(Vincennes-Saint-Denis), director al Centrului de cercetare „Traumatisme, Resilience, Psychotherapies" din cadrul aceleiași universități, profesor emerit al Universității Trois-Rivieres din Quebec și membru corespondent al Academiei de Științe Medicale din Romania.

vârstnice. Interviul motivațional, stadiile schimbării, reziliența și copingul religios, sunt abordări recente pe care am ales să le utilizăm în asistența bătrânilor aflați în dificultate. Asistența psihologică se încheie cu o prezentare exemplificată a instrumentelor de lucru utilizate.

Capitolul trei al lucrării descrie două tulburări cu risc ridicat de apariție la vârsta a treia, respectiv tulburarea depresivă și demența. Pe parcursul acestui capitol sunt prezentate succint: tablourile clinice ale acestor două tulburări; elemente de diagnostic diferențial; strategiile de identificare de către persoanele de îngrijire a depresiei/demenței la persoanele asistate cu scopul de a apela la consultul și tratamentul medicului psihiatru. Deoarece asistența vârstnicilor afectați de demență sau depresie creează stres și epuizare emoțională îngrijitorilor, este expus un set de sugestii și recomandări pentru aceștia. Capitolul se încheie cu prezentarea a două chestionare de evaluare a depresiei și a gradului de afectare cognitivă.

Cadrul legislativ care stă la baza asistenței persoanelor de vârsta a treia este al patrulea capitol al metodologiei în care sunt prezentate principale documente relevante din legislația internațională și națională. Legislația internațională este rezumativ prezentată în descrierea a două documente internaționale: Planul Internațional de Acțiune al Organizației Națiunilor Unite privind Îmbătrânirea și Carta Socială Europeană. În continuarea capitolului sunt prezentate principalele acte normative românești din domeniul asistenței persoanelor de vârsta a treia cu enumerarea instituțiilor și atribuțiilor acestora.

Capitolul cinci este dedicat asistenței juridice și cuprinde aspecte generale privind cele mai frecvente probleme cu care se confruntă persoanele de vârsta a treia.

În încheiere, mulțumim Fundației UniCredit pentru suportul financiar oferit în realizarea și tipărirea acestei lucrări în limbile română și engleză.

Cătălin Luca
Director Executiv

BCU IAȘI/CENTRA UNIVERSITARĂ

CAP.I. ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

I.1. TEORII ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

I.1.1. Introducere

Teoriile evidențiate în literatura de specialitate din domeniul gerontologiei sunt rezultate ale unor studii cu privire la modificările care se produc o dată cu pensionarea. Aceste schimbări sunt sesizate la nivelul rolurilor, al activității, continuității sau discontinuității activității, al interacțiunii cu ceilalți sau al separării de ei, al grupării în funcție de caracteristici specifice cohortei, al efectelor pe care stratificarea și economia socială le produc, la nivelul mediului de viață (Hooyman și Kiyak, 1996, 66-89).

Teoriile menționate pot ajuta asistenții sociali să înțeleagă contextele în care trăiesc și se manifestă persoanelor vârstnice, să identifice posibile motive și explicații pentru modul în care indivizii se adaptează la trecerea anilor (Miftode, 2004, pp.173-197).

Adesea, fiecare rol este asociat cu o vârstă anume sau cu un anumit stadiu al vieții. Premisa de la care se pornește este aceea că vârsta afectează nu doar expectanțele de rol, ci si maniera în care ceilalți așteaptă ca alții să exercite aceste roluri (Hooyman și Kiyak, 1996, p.67). Acceptarea schimbărilor tipice de rol, în perioada vârstei a treia, este dată de măsura în care fiecare se adaptează la procesul de îmbătrânire. Normele vârstei sunt presupoziții cu privire la capacitățile și limitele unui individ într-un anumit stadiu al dezvoltării sale. Normele pot fi exprimate formal, prin politici sociale și legi (ex.: stabilirea vârstei de pensionare și a posibilității de a continua activitatea economică după această etapă), dar pot opera și la nivel informal (prin opțiuni ale fiecărui individ, atunci când are de luat o decizie cu privire la angajarea unei persoane dintre candidați mai tineri și adulți de peste 50 de ani).

Dificultatea constă în faptul că astfel de norme dezvoltă stereotipuri de discriminare a bătrânilor, prin care se promovează ideea lipsei de productivitate și flexibilitate a persoanelor mai în vârstă. Apoi, în afara stereotipurilor celorlalți, fiecare individ deține, pentru sine, norme cu privire la potrivirea propriului comportament la acțiuni, în raport cu vârsta pe care o are: când să absolve o facultate, când să se căsătorească, când să aibă o familie, copii, când să se afirme în profesie și când să se pensioneze. Aceste expectanțe se stabilesc și la nivelul cohortei.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

I.1.2. Teoria rolurilor

Se consideră că înaintarea în vârstă este mai legată de pierderea unor roluri decât de achiziționarea unora noi: rolul de soț/soție este pierdut prin decesul partenerului, rolul de persoană activă pe piața muncii se pierde o dată cu pensionarea. Deși unii caută să revină la un rol avut anterior – prin recăsătorire sau prin identificarea unui alt loc de muncă – majoritatea persoanelor de vârsta a treia nu se înscriu în această tendință. O altă dimensiune este cea a pierderii din consistența rolurilor – ambiguitatea acestora se amplifică, pe fondul modificării expectanțelor și a solicitărilor. Astfel, unele roluri, cum este cel de mamă, de tată, își pierd din conținut.

Societatea noastră se află într-o oarecare confuzie în privința rolurilor persoanelor de vârsta a treia: pe de o parte acestea sunt asociate cu cele ale vârstei adulte – dinamism, activitate - pe de altă parte cu cele ale unor persoane marcate de neputință. În absența unor expectanțe clare de rol, a unor norme care să dimensioneze conformarea sau abaterea de la standarde, a unor modele, persoanele de vârsta a treia nu se simt încurajate să realizeze noi roluri sau nu le găsesc adecvate lor.

Discontinuitatea dintre solicitările de la locul de muncă anterior și cele apărute după pensionare poate spori dilemele cărora persoana de vârsta a treia este invitată să le facă față. Cu privire la acest aspect există controverse în literatura de specialitate, susținându-se necesitatea pregătirii pentru pensionare, prin învățarea, spre exemplu, a înlocuirii solicitărilor de performanță de la locul de muncă cu unele adaptate petrecerii timpului după pensionare. De o parte a susținătorilor acestei teorii se situează cei care consideră că vârsta a treia nu este doar o perioadă a pierderii rolurilor, ci și una a acumulării unora noi: de bunic, etc. Astfel, rolul „persoanei dependente" nu devine inevitabil, o dată cu înaintarea în vârstă.

Păstrarea rolurilor bazate pe autonomie, cât mai mult timp, devine o modalitate de intervenție, în acest context.

I.1.3. Teoria activității

Principala idee susținută de **teoria activității** (Havighurts, 1968, pp.20-23) evidențiază importanța acesteia după pensionare: cu cât persoana este mai activă, cu atât va fi mai satisfăcută și mai adaptată la viața socială.

Teoria activității vorbește puțin despre ce se întâmplă cu oamenii atunci când nu reușesc să mențină standardele vieții adulte. Eșuând în conștientizarea dimensiunilor personalității, teoria nu explică de ce unele persoane în vârstă sunt pasive și fericite, în timp ce altele sunt foarte active, dar nefericite.

O altă limită a teoriei activității este presupoziția că oamenii doresc să continue aceleași modele comportamentale, aceleași activități. Mulți bătrâni care au fost activi pe parcursul vârstei mijlocii pot să nu mai dorească să mențină acel nivel al implicării chiar, în fapt, pot opta pentru reducerea implicării lor sociale.

Unele persoane în vârstă, adesea în pragul pensionării, vor să aibă timp în care „să nu facă nimic", să fie solitari. S-ar putea concluziona că dorința persoanelor în vârstă de a fi active depinde de experiențele de-a lungul vieții, de personalitate și de nevoi.

În studiul autorului Havighurst (1968) se conștientizează importanța personalității în prevederea asocierii dintre nivelul de activitate și satisfacția existențială. Astfel, persoanele care sunt active, independente și orientate spre împlinire, dincolo de cadrele informale, la vârsta adultă pot fi, probabil, satisfăcute dacă vor realiza aceasta și la vârsta a treia, în timp ce acelea care s-au obișnuit să fie pasive, dependente și orientate spre aspectele domestice, pot dori să continue acest stil și mai târziu.

I.1.4. Teoria dezangajării

Teoria dezangajării este considerată prima abordare comprehensivă, multidisciplinară și explicită lansată de comportamentaliști în gerontologie.

Conform lui Cumming și Henry (1961), procesul prin care oamenii în vârstă descresc nivelele de activitate, prin care caută roluri mai pasive, interacționează mai rar cu alții și devin din ce mai preocupați de viața lor interioară este văzut ca unul normal, inevitabil și satisfăcător la nivel personal, putând marca începutul unei revizuiri a vieții.

În acord cu această teorie, persoanele în vârstă, pierzând unele roluri și o parte din energie, vor să fie eliberate de expectanțele sociale de productivitate și competitivitate. Dezangajarea este văzută, astfel, ca un comportament adaptativ, care ajută persoana în vârstă să își păstreze încrederea și liniștea, chiar dacă realizează roluri sociale periferice. Pentru bărbați, procesul dezangajării pare a fi abrupt, din momentul în care își încheie rolurile profesionale. Pentru femei, dimpotrivă, tranziția de la ceea ce reprezintă adesea rolul lor ca părinți este graduală și mai moderată.

Dezangajarea nu este văzută doar ca fiind utilă și funcțională individului, dar și societății. Fiecare societate are nevoie de modalități ordonate de transmitere a puterii de la generațiile în vârstă către tineri. Politicile de pensionare, spre exemplu, sunt considerate o modalitate prin care tinerii se pot implica în noi roluri ocupaționale. Din moment ce persoanele în vârstă se retrag din curentul principal de dezvoltare al societății, moartea lor nu reprezintă un pericol pentru funcționarea normală a societății. Astfel, teoria dezangajării susține că serviciile sociale nu ar trebui să urmărească revitalizarea bătrânilor, ci, dimpotrivă, să încurajeze retragerea lor.

Această teorie a fost aspru criticată pentru susținerea ideii că dezangajarea sau retragerea ar fi inevitabilă, funcțională și universală.

Dezangajarea se poate manifesta diferit și la același individ: se poate retrage din viața socială – nu mai frecventează evenimentele sociale, dar rămâne activ

din punct de vedere psihologic – citește și participă la discuții pe teme de actualitate.

Retragerea persoanelor în vârstă poate fi privită nu doar ca o preferință individuală, ci ca un eșec al societății în oferirea de noi modalități de continuare a implicării.

Cumming a reformulat teoria (1963) luând în considerare relația dintre personalitate și dezangajare. Prin această reformulare se postulează că nu toate persoanele se retrag, comportamentul de adaptare la vârsta a treia fiind foarte diferit. Teoria distinge două moduri de interacțiune: influențarea și selectarea. Influențatorii sunt definiți ca asertivi și activi în interacțiunile lor, în timp ce selectivii sunt mai pasivi și reținuți în relațiile pe care le dezvoltă, așteptând de la alții să confirme aserțiuni preexistente despre ei. Ambele stiluri, atât cel asertiv cât și cel pasiv, sunt văzute ca modalități preferate de persoanele în vârstă de a se proteja de mesajele sociale contradictorii sau negative, păstrând astfel prețuirea de sine. Același autor (1975) menționează că interpretarea greșită a dezangajării ca izolare, singurătate și pasivitate scapă din vedere modalitățile prin care un comportament neangajant poate fi adaptativ.

I.1.5. Teoria continuității

O altă teorie cunoscută și îndelung dezbătută este cea a continuității. Conform acestei teorii, persoanele în vârstă substituie rolurile pierdute cu unele similare, continuând să mențină modalități tipice de adaptare la mediu, asigurându-și astfel echilibrul interior. Se pornește de la premisa că fiecare individ, indiferent de vârstă, are o personalitate și un stil de viață diferite de ale celorlalți, că personalitatea joacă un rol major în adaptare la procesul de îmbătrânire. Astfel se justifică diversitatea modelelor de îmbătrânire, dacă se ia în considerare probabila continuitate a stilurilor anterioare individualizate.

Persoanele care au fost întotdeauna pasive sau retrase este prea puțin probabil să devină active după pensionare. Pe de altă parte, celor care au fost întotdeauna active, asertive și implicate social nu le va plăcea, susține această teorie, să își petreacă vârsta a treia stând în casă.

Această teorie statuează, în fapt, că, pe măsură ce trec anii, fiecare individ devine mai asemănător cu ceea ce a fost în tinerețe. Caracteristicile centrale ale personalității devin mai pronunțate, iar sistemul axiologic mai proeminent. Un individ îmbătrânește cu succes dacă menține o personalitate matură, integrată pe toată perioada vieții, aceasta fiind condiția satisfacției în viață.

Continuarea activității, a implicării, va contribui la menținerea stimei de sine, la întreținerea satisfacției existențiale.

Este criticată, cu privire la această teorie, considerarea primelor stadii de dezvoltare ca indiciu al mulțumirii în procesul de îmbătrânire și ideea menținerii unor modele comportamentale pe parcursul vieții. Se consideră că modul de

viață, la vârsta a treia, este rodul unor experiențe și nu o continuare, o reflectare a modelelor de viață utilizate pe parcursul anilor.

Nevoia de continuitate poate reduce stima de sine la o vârstă în care puterea fizică și resursele financiare limitate pot solicita modificări în stilul de viață. Continuarea aceloraşi activități poate fi considerată, chiar, neadaptativă.

Această nevoie de continuare poate interfera cu dorința persoanelor de a renunța la activități, roluri, comportamente neplăcute. Cercetările arată că eliberarea individuală de unele roluri formale poate avea efecte benefice. Spre exemplu, multe dintre femei adoptă trăsături masculinizante pe măsură ce îmbătrânesc, în timp ce bărbații au tendința să se feminizeze (Sinnott, 1977, pp. 459 - 463). În același articol, autorul subliniază că sunt mai satisfăcute persoanele în vârstă care nu se conformează în mod rigid rolurilor de gen tradiționale, ci, dimpotrivă, au integrate trăsături culturale definite ca masculine alături de altele considerate feminine.

Complexitatea teoriei continuității face dificilă testarea empirică, din moment ce reacția fiecărui individ la îmbătrânire este explicată prin interrelațiile dintre schimbările psihologice și cele sociologice, prin continuarea modelelor permanentizate etc. Este criticată modalitatea de susținere a teoriei: pornește în analiză de la individ, continuă prin luarea în considerare a factorilor sociali externi în modificările intervenite pe parcursul vieții, toate acestea susținând o politică îngăduitoare sau o abordare de tipul „trăiește și lasă să trăiască" în rezolvarea problemelor individuale ale îmbătrânirii.

I.1.6. Teoria sistemelor

Fiind dezvoltată, în științele sociale, sub două forme – **teoria generală a sistemelor și teoria sistemelor ecologice** – această abordare marchează comprehensiv interdependența dintre sociologia teoretică și domeniile practice ale intervenției sociale.

Malcom Payne (1997) sublinia că această perspectivă este „unitară, integrată și holistică", permițând analize ale persoanelor, grupurilor și comunităților, „neevidențiind vreo metodă particulară de intervenție. În schimb, oferă câteva modalități de descriere a lucrurilor, la nivele diferite, astfel încât putem vedea fiecare intervenție ca afectând sistemul". De asemenea, permite utilizarea altor teorii și strategii în explicarea și programarea unor intervenții sociale, la nivelul subsistemelor componente. Persoana de vârsta a treia este în centrul atenției, fără a ignora însă instituțiile preocupate de protecția acesteia, politicile și măsurile care guvernează la nivel central sau local.

Fiecare subsistem devine beneficiar și agent, țintă a schimbării. Eventuale distorsiuni vor fi identificate nu doar la nivel sistemic, ci și intersistemic.

Perspectiva sistemică va putea fi utilizată și în analiza instituțională a unora dintre componentele sistemului public. Accentele cad asupra relațiilor, a modului de stabilire a acestora, a comunicării între persoanele de vârsta a treia, dintre

acestea și personalul angajat. Fiind o instituție guvernată de reguli, modalitatea de stabilire a relațiilor poate fi subordonată unor prevederi interne, care permite personalului să urmărească și să dețină controlul, în defavoarea analizării situațiilor așa cum sunt ele .

I.2. PERSPECTIVE ÎN LUCRUL CU PERSOANE VÂRSTNICE

I.2.1. Modelul împuternicirii și al reprezentării (*Empowerment*)

Împuternicirea sau conferirea de putere urmărește să ajute clienții să aibă putere de decizie și acțiune asupra propriei lor vieți, prin reducerea efectelor blocajelor personale sau sociale care îi împiedică în exercitarea puterii existente, prin îmbunătățirea încrederii în sine și a capacității de a utiliza puterea și prin transferarea puterii de la mediu către clienți.

Reprezentarea caută să susțină interesele clienților lipsiți de putere în fața indivizilor puternici și a structurilor sociale. Reprezentarea își are originea în domeniul legal. Aici, termenul este utilizat pentru a exprima acțiunea avocatului în fața judecătorilor și oriunde în reprezentarea clienților lor.

Ideologia împuternicirii politice caută adesea să plaseze indivizilor responsabilitatea împlinirii propriilor nevoi, cu scopul ascuns de a limita serviciile statului. În acest sens, Payne (1997) își exprimă îngrijorarea cu privire la implementarea împuternicirii în intervenția socială. Jack Raymond (1995) subliniază aspectul paradoxal al împuternicirii, deoarece indiferent dacă o putere este dată de către o organizație sau un individ, cei care o oferă sunt, prin natura rolului, într-o poziție de putere. Grupurile care se autoajută trebuie să preia puterea, în timp ce mandatul legislativ sau cel din partea managerilor de servicii este nesemnificativ. Nu va putea fi confundată împuternicirea cu "a face capabil" - ceea ce se referă la acțiunea intervenientului social în momentul în care ajută organizația să se dezvolte, să preia puterea.

La rândul său, Oliver (1996) argumentează că drepturile sociale și politice care decurg din rolul de cetățean ar trebui să formeze baza preluărilor de putere de către grupurile de persoane aflate în incapacitate. Un aspect important al acțiunilor întreprinse, în acest sens, îl reprezintă transformarea serviciilor în unele mai participative, care să conducă la împărțirea în comun a oportunităților și achizițiilor culturale, care să valorifice resursele „bătrânilor – tineri" și ale întregii comunități și în asigurarea unei protecții adecvate vârstnicilor.

Beresford și Croft (1993) utilizează conceptul empowerment în sensul facilitării exercitării puterii de către oameni, inclusiv prin controlarea propriei vieți. Aceasta ar înseamnă ca utilizatorii de servicii să aibă un cuvânt puternic de spus în instituții, agenții și situații care îi afectează. Ar însemna, de asemenea, să fie capabili să împărtășească puterea sau să exercite puterea asupra altor persoane, așa cum o resimt ei. Una dintre obiecțiile desprinse de aici este că puterea nu

poate fi dată, ci doar luată. Este mai ușor să-i învățăm pe ceilalți cum să dobândească puterea decât să încercăm să le-o oferim.

Puterea nu este o sumă zero, astfel încât, dacă eu voi avea mai mult, tu vei avea mai puțin. Este greșită credința că, împuternicind pe alții, se pierde automat din propria putere. Rolul împuternicirii este de a sprijini persoana și rețeaua de intervenție prin dezvoltare socială și comunitară. Poate fi utilizată în domeniul protecției persoanelor în vârstă prin oferirea accesului la informații, prin implicarea în procesele de luare a deciziilor și prin luarea în considerare a perspectivelor clienților în acordarea serviciilor sociale.

Prin împuternicire, clienții sunt angajați într-un proces care modifică dependența în interdependență, cu sprijinul social al unei rețele colective (Payne, 1997, p.274).

În intervenția socială, puterea poate fi în mod legitim utilizată pentru a sprijini pe alții în practicile anti-asupritorii sau în mod ilegitim, pentru a-i asupri pe alții, dar de această dată printr-o practică greșit înțeleasă. Puterea este, de asemenea, și un element în competiția vieții, în lupta pentru resurse, pentru locuri de muncă și educație (Milner și O'Byrne, 1998, p.61).

Lucrătorii sociali pot experimenta și ei o lipsă a puterii, dar pericolul se manifestă atunci când puterea este utilizată pentru a exclude și a marginaliza, pentru a crea dependență sau a accentua vulnerabilitatea. În munca cu persoane marginalizate, căutând să fie contrabalansate imaginea negativă de sine, experiențele de viață neplăcute, oportunitățile blocate și necazurile fizice și emoționale, se impune o abordare tridimensională - **modelul PCS** (Thompson, 1993), în care:

P – reprezintă elementele personale/psihologice, practica, prejudiciul;

C – aspectele culturale, comune, consens și conformitate;

S – cuprinzând dimensiunile structurale, forțele sociale sau dimensiunile politice.

De menționat că aceste dimensiuni interacționează între ele, P fiind inclus în C, C fiind inclus în S.

Sunt dificil de operaționalizat strategiile împuternicirii. Cu toate acestea, metodele de intervenție bazate pe putere și teoriile puterii se dovedesc utile în asistența socială. Intervenienții sociali nu sunt în postura de a oferi putere oamenilor, iar scopul lor de a ajuta reduce lipsa puterii pe care indivizii și grupurile o experimentează.

Ghid și principii pentru împuternicire și implicare comunitară

Împuternicirea ne apare, așadar, ca un proces care cuprinde:

- dezvoltarea propriilor puncte de vedere;
- formarea propriilor judecăți;
- negocierea cu ceilalți (Beresford și Croft, 1993, pp.154-155).

Aceiași autori susțin că, pentru a realiza acest lucru, asistentul social are nevoie:

- să învețe să lucreze în echipă;

- să primească cu deschidere pe noii veniți, făcând posibilă implicarea lor, dincolo de bariere de orice fel;
- să înceapă cu introducerea perspectivei împuternicirii/abilitării în propria organizație, înainte de a realiza programe asemănătoare pentru alții;
- să se asigure că organizația din care face parte nu reflectă discriminări și excluderi;
- să vorbească în nume propriu;
- să reziste presiunilor din afară provenite dintr-un proces de destabilizare și de minimalizare a puterii ori a posibilităților.

Putem vorbi de trei aspecte diferite ale împuternicirii:

- dezvoltarea cunoștințelor noastre, prin colectarea informațiilor de la experți, prin revenirea, apoi, la propriile cunoștințe, urmând crearea unora noi;
- împărtășirea competențelor practice - oamenii implicați în acțiuni comune învață unii de la alții; lucrul în grupuri mici este apreciat, în acest sens;
- munca comună cu profesioniștii - nevoia de experți și profesioniști este importantă pentru a cunoaște din competențelor lor, pentru a descoperi posibilitatea de a face lucrurile mai bine, pentru a susține implicarea în luarea deciziilor (Beresford și Croft, 1993, pp.141-143).

Un model al implicării distinge între servicii orientate spre:

- eficiență – scopul ar fi de îmbunătățire a serviciului, prin oferirea de informații și consultații;
- noi achiziții – când există preocuparea ca persoanele să obțină ceva prin aceste servicii: noi abilități, competențe și încredere;
- împuternicire sau oferire de posibilități – când acesta este obiectivul, persoanele participante decid singure agenda (O'Hagan, 1987, pp.2-5).

Dacă acest model este mai apropiat de o abordare democratică, atunci oferirea de informații și consultații poate fi văzută ca fiind mai apropiată de abordarea consumeristă.

Colectarea de informații și consultațiile, ca aspecte ale împuternicirii, sunt mai limitate în ceea ce privește implicarea oamenilor, deoarece:

- sunt abordări specifice organizației și conforme cu scopurile ei;
- sunt controlate de asociație/organizație;
- se orientează, în primul rând, asupra nevoilor proprii, putând: să limiteze dorința oamenilor de a se implica; să oprească dezvoltarea opțiunilor lor; să inhibe exprimarea propriilor puncte de vedere.

Ideea de împuternicire este legată, de asemenea, de o a treia abordare :

- oferirea de informații – oferirea de inteligență;
- oferirea de sfaturi;
- implicare directă în luarea deciziilor.

Aici oamenii nu mai sunt chemați doar pentru punctele de vedere sau sfaturile lor, ci și pentru a se implica în decizii. Au puterea să decidă ce se va întâmpla cu ei, cu vecinii lor și cu serviciile pe care le utilizează. Aceasta este o abordare mai apropiată de cea democratică. Dacă cea consumeristă este adesea asociată cu căutarea de informații și exercițiile de consultare, abordarea democratică este mai apropiată de rostirea punctelor proprii de vedere ale vârstnicilor, lăsând persoanele să vorbească pentru ele și în numele lor.

Dimensiuni emergente în analiza implicării impun clarificarea aspectelor privind:

- cine participă;
- în ce proces;
- prin ce forme organizaționale;
- cu ce nivel al puterii.

Posibile puncte de plecare în construirea strategiilor de implicare a cetățenilor ar avea în vedere aspecte precum:

- monitorizarea costurilor și participarea la inițiativele care solicită implicare, pentru a vedea dacă acestea merită efortul și investițiile;
- recunoașterea tensiunilor dintre acordurile formale și informale de împuternicire;
- onestitate în privința oricărei probleme întâlnite;
- identificarea exemplelor de bune practici;
- începerea la nivel local, dar amplificarea acțiunilor la toate nivelele: regional, național și internațional;
- identificarea aliaților cheie și a celor care pot ajuta;
- susținerea schimbărilor la intervale precizate, împărtășind din experiență și altora;
- aprecierea realistă a obstacolelor.

Este greșit să așteptăm prea mult de la aceste abordări ale implicării cetățenilor, dar este de asemenea o greșeală să fie înlăturate. Participarea este complexă și subtilă. Acordurile informale și consultative ar oferi persoanelor în vârstă un rol mai accentuat în practică, în comparație cu metodele actuale. Aici pot fi identificate slăbiciunile, dar și punctele tari ale unei astfel de abordări, deoarece oferirea de informații și consultații poate susține clarificarea problemelor, poate sprijini dezbaterile publice, campaniile de informare, oferirea publicității și aducerea laolaltă a persoanelor pentru a decide un viitor în consens cu nevoile și așteptările lor.

Se pot sesiza două componente cheie ale **implicării eficiente** (Beresford și Croft, 1993, p. 51):

- oferirea accesului;
- oferirea unui sprijin material și personal în aceeași măsură.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

Resursele și schimbarea personală stau la baza a patru elemente care fac posibilă implicarea :

- dezvoltare personală;
- abilitați practice;
- sprijin practic;
- sprijinirea persoanelor pentru a se aduna și a lucra în grup.

Strategia de împuternicire nu subliniază doar dimensiunea personală, deoarece punctul de pornire nu îl constituie doar lipsa abilităților, a încrederii sau a resurselor. Pe de altă parte, dacă oamenii nu sunt sprijiniți să participe, atunci nu vor reuși să utilizeze la maxim oportunitățile pe care le-ar avea. Acesta este un motiv pentru a face diferența între ceea ce spun oamenii în mod formal și ceea ce spun de fapt. Explică, de asemenea, cine face parte și cât de eficientă este implicarea fiecăruia. Oricare ar fi genul de implicare - de la adunarea informațiilor la rostirea directă a punctului de vedere, importantă devine din ce în ce mai mult pregătirea pentru realizarea de acțiuni. Sprijinirea și favorizarea accesului participării oamenilor sunt părți esențiale ale aceluiași proces de împuternicire. Ele reflectă aspectele politice și personale ale implicării fiecărui cetățean.

Problemele sociale, incluzând lipsa resurselor disponibile pentru cei săraci, costurile și inadecvarea acțiunilor de îngrijire a sănătății, criza structurilor comunitare de mediere au constituit probleme asociate cu nevoia amplificării împuternicirii în serviciile sociale. Serviciile sociale tradiționale au fost criticate pentru tendința lor de a se axa pe punctele slabe ale problemelor clienților, amplificând, astfel, dependența. În procesul de soluționare a problemelor, punctele forte și potențialul clienților pentru implicare activă sunt adesea neglijate.

Intervenția orientată spre împuternicire angajează persoanele vârstnice și familiile lor în:

- achiziționarea cunoștințelor și a abilităților de supraviețuire în ultima parte a vieții;
- autoajutorare și activități sociale de sprijin cu persoane având probleme similare;
- participarea în acțiuni colective/sociale destinate îmbunătățirii mediului de viață.

Această abordare înregistrează similitudini cu cea a lui Gutierrez (1991) care a definit împuternicirea ca procesul de creștere a puterii personale, interpersonale și politice, astfel încât indivizii să poată acționa pentru a-și îmbunătăți condițiile de viață. Conceptul de împuternicire a fost, de asemenea, utilizat ca un principiu care să ghideze practica socială și ca un rezultat, așa cum apare in viziunea lui Parsons (1991). Practica orientată spre împuternicire se sprijină puternic pe înțelegerea aspectelor problemelor personale, interpersonale și politice. În consecință, procesul de rezolvare a problemelor cuprinde, drept cheie a activității, un proces crescând de conștientizare.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Deoarece practica orientată spre împuternicire poate fi încorporată în toate metodele de intervenție, utilizarea grupurilor mici a fost considerată o metodă foarte eficientă (Cox, 1988). Gutierrez (1991) a rezumat rezultatele muncii mai multor autori preocupați de schimbările psihologice importante in transferarea individului de la o stare de neputință la acțiune, prin:

- creșterea eficienței personale,
- dezvoltarea conștiinței de grup
- reducerea auto-blamării
- asumarea responsabilității personale pentru schimbare.

Grupurile mici oferă un context în care fiecare poate înțelege natura comună a problemelor participanților, poate învăța despre aspectele politice ale preocupărilor lor, astfel reducându-se autoînvinovățirea, care poate contribui la starea lor de neajutorare.

I.2.2. Intervenția centrată pe problemă

Această abordare este marcată de constructivismul social, orientându-se spre conștientizarea și rezolvarea situațiilor dificile, exterioare individului. Fiind implicit comportamentală și cognitivistă, această modalitate de intervenție se bazează și pe cercetările din practica asistenței sociale.

După disertația lui William Reid la Universitatea din Chicago, din 1963, acestei abordări s-au adăugat lucrările echipei sale, dar și scrierile de psihologie cognitivă a lui Goldman (1970) și ideile lui Parad (1965) cu privire la intervenția în situații de criză. Parte dintre aceste puncte fundamentale ale intervenției focalizate pe problemă sunt:

- cel mai bun mod de a obține ceea ce dorești este să treci la acțiune;
- acțiunea este ghidată de credințe despre lume și sine; acestea reprezintă baza pentru un bun plan de acțiune;
- multe probleme psihosociale reflectă doar o întrerupere temporară a posibilității de a le face față;
- limitele impuse de timp motivează utilizatorii de servicii;
- o experiență pozitivă de soluționare a problemelor amplifică abilitatea de a face față dificultăților care urmează;
- dificultățile sunt, cele mai multe, normale; ele devin probleme doar când încep să se tot repete, astfel încât persoana în cauză se blochează;
- suntem ceea ce facem, iar trăirile pornesc din comportamente;
- trăirile/sentimentele reprezintă ceea ce credem în legătură cu ceea ce ne dorim.

Problemele sunt definite de Reid ca fiind dorințe neîntâlnite sau nesatisfăcute ale utilizatorului de servicii. Percepțiile pot fi neclare, dar mai important este că o dorință neîntâlnită este adesea atribuită potențialului utilizator de servicii de către altcineva. Spre exemplu, persoana A poate spune: „partenerul meu B are probleme cu băutura – el trebuie să-și controleze această problemă." Aceas-

ta este o atribuire a persoanei A (referentul) către persoana B. Căutând ajutor pentru B, deci dorința/problema lui A este „Am o problemă cu partenerul meu alcoolic." Aceasta este singura problema conștientizată într-o oarecare măsură. B nu a conștientizat nici o dorință. El nu este un „aplicant", dar este principalul utilizator de serviciu.

Mulți oameni cu care lucrăm sunt mai mult „de referință" decât aplicanți. Sunt persoanele refractare care consideră că nu au dorințe neîmplinite pentru care să ne solicite ajutorul. În aceste situații, munca centrată pe sarcină nu face pași înainte decât dacă sau până când vârstnicul în cauză va dori să conștientizeze acele dorințe. Cum se va putea face aceasta ? Persoanele refractare la care se face trimitere pot fi angajate în explorarea modului în care îi văd ceilalți ca fiind probleme sau ca având probleme, cum îi afectează situația, dacă există ceva care ar dori să schimbe, dacă există ceva care pot face și care îi va elibera de interferențele din viața lor. Când ei conștientizează că ar vrea astfel de lucruri, devin „aplicanți".

Așadar, o primă etapă în intervenția centrată pe problemă este identificarea unei dorințe posibile a persoanei vârstnice, prin întrebări de genul : „Este ceva ce ai vrea să schimbi?", „Vrei ajutorul meu în atingerea scopului pe care ți l-ai propus?". Unele persoane consideră că au doar eșecuri, astfel încât nici un ajutor primit nu ar putea schimba ceva. Ele ar putea să ia în considerare întrebarea „Dacă ar fi disponibil un ajutor eficient, ce ai dori să ofere?" și „Dintre problemele pe care le sesizezi există una care să te afecteze?"

Această abordare nu ia nimic de-a gata și solicită cele mai de bază și evidente întrebări, respectând starea potențialului utilizator de servicii; este de dorit să înceapă de unde persoana vârstnică nu mai vede viața într-un mod defavorabil.

Epstein (1988) descrie această fază ca fiind de început în care asistentul social stabilește dacă există dorințe conștientizate în mintea celor care ar trebui ajutați.

Următorul pas se centrează pe evaluarea specificității și a posibilității de împlinire a dorințelor identificate, în cel mai scurt timp. Considerentul muncii limitate în timp este văzut ca fiind crucial pentru motivație și potrivit cu solicitările curente asupra evaluării.

Mulți potențiali utilizatori de servicii vor avea mai mult de o dorință; acestea sunt selectate în ordinea priorităților încă în stadiul evaluării și, în general, nu se acceptă mai mult de trei.

O dată acceptate, aceste trei probleme devin baza scopurilor intervenției. Se stabilește unde, când și cu cine vor fi explorate aceste probleme și care sunt consecințele comportamentelor. Problema trebuie înțeleasă de persoană, de alte persoane semnificative și de asemenea, de contextul social.

Urmează o analiză mai detaliată, căutând răspunsuri la următoarele întrebări:

- Ce trebuie făcut sau schimbat?
- Ce constrângeri există?

- Ce sarcini îi vor fi solicitate utilizatorului de servicii și/sau asistentului social, în principal utilizatorului de servicii, pentru a începe îmbunătățirea lucrurilor?

Spre exemplu, pentru două sau mai multe persoane vârstnice care se află într-o situație ce necesită rezolvare, se pot completa răspunsurile cuvenite relației cu fiecare:

Numele	Ce vreau de la ei?	Șansa mea de a obține?	Ce vor ei de la mine?	Șansa lor de a obține?
Soțul				
Soția				
Fiica				
Fiul				

Clarificarea din stadiul evaluării este o parte majoră a ajutorării. Nu uităm că scopul este de a-l ajuta sau de a-l orienta pe vârstnic spre acțiune. Utilizatorul de servicii devine principalul agent al schimbării în aceasta abordare, claritatea și acordul lui sunt vitale. Fiecare membru al familiei sau grupului poate fi invitat să participe, având ocazia de a provoca/schimba concepțiile greșite cu privire la expectanțele fiecăruia în grup. În cazul unui grup, asemenea schimbări pot fi informații valoroase cu privire la potențialul acestuia de a face față problemelor.

Pentru aceasta, scopurile formulate trebuie să fie clare, iar asistentul social să utilizeze strategii de abilitare/împuternicire a membrilor grupului.

Intervenția orientată spre problemă este eficientă, în general, în 8 situații – consideră Reid (1978):

1. Conflicte interpersonale – în familie, la locul de muncă;
2. Insatisfacții în relațiile sociale;
3. Probleme în relațiile cu organizații formale;
4. Dificultăți în realizarea rolurilor – de partener, de părinte;
5. Probleme de tranziție socială – mutarea de la o situație la alta, de la un rol la altul;
6. Stres emoțional reactiv – văduvie, boală;
7. Probleme în asigurarea resurselor materiale adecvate;
8. Probleme comportamentale.

Este importantă interconexiunea problemelor, de ex.: alcoolismul, cu absența unei locuințe adecvate și cu lipsa banilor. Asistentul social, împreună cu „aplicantul" trebuie să decidă care este prima dintre ele.

O altă modalitate de intercondiționare poate proveni din problemele a doi oameni – doi soți în vârstă – pentru care problema este menținerea unui lucru. Trebuie analizate cauza problemei și elementele care contribuie la menținerea ei.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Se propune o scalare a problemelor, prin opt dimensiuni de identificare și explorare:

	Probleme inexistente	Probleme existente într-o foarte mică măsură	Probleme existente într-o măsură medie	Probleme existente într-o mare măsură	Probleme serioase
Interpersonal					
Relații sociale					
Organizații formale					
Roluri					
Decizii					
Stres emoțional					
Resurse					
Altele					

În evaluarea centrată pe problemă pot interveni **obstacole** dinspre:

- Sistemul social – familia, familia extinsă, comunitatea, rețelele formale sau informale, societatea în ansamblu; rezultă că problema este în afara individului;
- Credințe sau constructe – despre lume, viață, sine și problemă; credințele pot fi factuale sau evaluative, iar acuratețea sau consistența lor este semnificativă;
- Emoții – care sunt translate în credințe cu privire la dorințe; spre exemplu: „Ceea ce vreau eu este pierdut sau de neobținut" = depresie; „Ce vreau eu este greșit" = vină. Mutarea sentimentelor la nivel cognitiv va facilita intervenția asupra lor. Spre exemplu, o persoană în vârstă care a fost abuzată poate fi ajutată să înțeleagă că nu a provocat ea comportamentul;
- Soluțiile așteptate – sau acțiunile realizate, ceea ce face lucrurile să meargă mai rău.

Trei tipuri de astfel de așteptări pot fi obstacole:

- căutarea unor scopuri utopice sau țintirea prea sus;
- a încerca din greu să faci ceea ce poate fi spontan – să faci pe un copil vitreg să te iubească;
- căutarea schimbării atitudinilor când utilizatorul de servicii poate interveni în comportament sau a face pe cineva să vrea ceva ce nu-și dorește.

Selectarea sarcinilor se realizează prin discutarea lor cu clientul, avându-se în vedere:

- Potențialul beneficiu din realizarea sarcinilor;
- Munca implicată în rezolvarea sarcinii;
- Orice obstacol care poate face dificilă o sarcină;
- Ce practică sau ghidare poate fi necesară;

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- Planul cuprinzător pentru rezolvarea sarcinii;
- Cum și când va fi simțit un progres.

Opțiuni disponibile în selectarea sarcinilor:

- Sarcini exploratorii – se examinează problema sau se provoacă credințele factuale;
- Sarcinile de intervenție – sunt realizate pentru a schimba sau orienta ceva către soluționarea dificultății sau întâlnirea dorințelor;
- Sarcinile pot fi simple sau complexe;
- Sarcini singulare – făcute de o singură persoană - sau sarcini reciproce;
- Sarcini fizice sau mentale – se recomandă ca sarcinile mentale să fie translate spre fizic cât mai mult posibil – de ex. alcătuirea unei liste de observații;
- Sarcini de sporire/de adăugare/de creștere – începând cu pași mici și apoi crescând în dificultate;
- Sarcini pretinse – a pretinde că s-a schimbat ceva – a observa diferențele;
- Sarcini reversive – au rolul de a face tocmai inversul a ceea ce obișnuia să facă utilizatorul de servicii pentru rezolvarea problemei;
- Sarcini paradoxale – pot fi luate în considerare când celelalte au dat greș și când pot fi precedate de o reformulare pozitivă a problemei.

Sarcinile trebuie revăzute – pas final, pentru că furnizează informații cu privire la problemă, dar și la cât de utile au fost motivația și capacitatea utilizatorului de servicii, timpul și efortul solicitate.

În raport cu sarcinile de realizat, trebuie verificat dacă utilizatorul de servicii:

- le-a înțeles;
- îi este frică de una dintre ele;
- are priceperile necesare realizării lor;
- dacă are resursele necesare – bani, locuință etc.;
- are nevoie de reîntăriri, de încurajări;
- este influențat de atitudinea asistentului social.

Practica centrată pe sarcină poate fi orientată spre o perioadă mai scurtă sau mai îndelungată de timp, în maximum 6-12 sesiuni. Presupune implicarea imediată în acțiune, datorită timpului limitat.

Practica orientată spre sarcină este destinată îmbunătățirii deprinderilor participanților de rezolvare a problemelor, ceea ce va susține ideea că acel client, în sarcinile pe care și le asumă, are elemente de decizie și de autodirecționare.

Modelul acesta va putea împuternici clientul dacă el înțelege scopul sarcinilor și modul în care acestea vor afecta problema țintă. Astfel, dacă direcția de acțiune este cea dorită, clientul va experimenta mai mult control în implementarea sarcinilor, reușind, în final, să își dezvolte abilitățile independente de rezolvare a problemelor. Cu privire la executarea sarcinilor, menționăm că se pot prelua

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

individual sau pot fi gândite pentru o antrenare a mai multor persoane în rezolvarea problemelor, cu condiția reciprocității.

Un pas semnificativ constă în planificarea detaliilor și învățarea abilităților necesare implementării. În acest scop, asistentul social va întreba vârstnicul:

- Cum vei realiza aceasta?
- Cine va face asta?
- De ce este nevoie ca această sarcină să fie atinsă cu succes?

Succesul acestei acțiuni depinde de implicarea în fazele anterioare ale procesului, clientul putând lucra singur sau cu ajutorul altora.

Etapele de revizuire se prevăd încă din perioada planificării, astfel că:

a) se evaluează progresul – ca măsură a schimbărilor realizate în relație cu acțiunile țintă și cu abilitățile de rezolvare a problemelor – și eșecul, printr-un răspuns empatic din partea asistentului social.
b) se revizuiesc schimbările intervenite în acțiunile țintă, ca o continuă explorare a problemelor - sub aspectele severității, frecvenței, impresiei clientului etc.

Întrebări utile:

- Ce schimbare s-a produs?
- Este satisfăcător nivelul schimbării?
- Cât de durabilă va fi schimbarea?
- Ce factori au concurat la schimbare?
- Care a fost tema care a contribuit în cea mai mare măsură la schimbare?
- Analiza schimbării sugerează o modificare continuării?

Dacă rezultatele acestor analize vor fi mulțumitoare, atunci va urma faza finală, dar dacă nu, se va avea în vedere o sarcină revizuită sau o alta, nouă.

I.3. MANAGEMENT DE CAZ ÎN ASISTENȚA PERSOANELOR VÂRSTNICE

I.3.1. Definiții și observații

Managementul de caz are o importanță deosebită în asistența socială, indiferent de categoria de beneficiari, iar necesitatea acestuia crește odată cu complexitatea problemelor întâmpinate de client.

Managementul de caz este folosit pentru beneficiarii care se confruntă cu probleme complexe, ce trebuiesc abordate din mai multe perspective, necesitând intervenția unei echipe pluridisciplinare și implicarea a diferite tipuri de resurse (materiale, umane, instituționale etc.). Persoanele vârstnice, prin natura dificultăților cu care se confruntă, reprezintă o astfel de categorie de beneficiari.

Majoritatea definițiilor date managementului de caz se referă la acesta ca fiind o metodă care, aplicată în domeniul asistenței sociale, implică:

- Evaluarea și identificarea corectă a nevoilor și problemelor clientului;

- Stabilirea unor obiective realiste pentru procesul de asistență;
- Luarea de decizii bazate pe analize cost-beneficiu în ceea ce privește tipurile de activități pentru atingerea scopului și obiectivelor planului de îngrijire stabilit;
- Identificarea, implicarea și coordonarea diverselor resurse (umane, materiale, instituționale) pe parcursul oferirii diferitelor tipuri de servicii;
- Empatie și oferirea de sprijin clientului pe parcursul procesului de asistență;
- Monitorizarea procesului de asistență din punct de vedere al efectelor și rezultatelor obținute pe parcursul implementării.

În sistemul național de asistență socială, cu ocazia adoptării Legii nr. 292/2011 a asistenței sociale, există o definiție unanim acceptată a managementului de caz care reprezintă „o metodă de coordonare și integrare a tuturor activităților destinate grupurilor vulnerabile, de organizare și gestionare a măsurilor de asistență socială specifice, realizate de către asistenții sociali și/sau diferiți specialiști, în acord cu obiectivele stabilite în planurile de intervenție". Un alt act normativ care dă o astfel de definiție este Ordinul nr.288/2006 privind aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecției drepturilor copilului. Adaptând această definiție la protecția vârstnicilor, **managementul de caz** ar putea fi definit ca „metodă de coordonare a tuturor activităților de asistență socială și protecție specială desfășurate" în domeniul protecției vârstnicilor „de către profesioniști din diferite servicii sau instituții publice și private".

Legislația din România nu prevede standarde minime referitoare la managementul de caz pentru serviciile dedicate vârstnicilor. Totuși, Ordinul nr. 246/2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice, vorbește despre atribuțiile și implicarea managerului de caz, pe care îl definește[2] ca fiind un „lucrător, în cadrul unui serviciu social specializat, care elaborează, coordonează și monitorizează derularea planului individualizat de asistență și îngrijire, pentru unul sau mai mulți beneficiari".

În ceea ce privește modul de stabilire a managerului de caz și atribuțiile acestuia, standardele minime specifice de calitate aprobate prin Ordinul nr. 246/2006 precizează următoarele:

- Pentru acordarea unor servicii de calitate și asigurarea unui management eficient, furnizorii publici și privați de servicii de îngrijire la domiciliu organizează Unitatea de îngrijiri la domiciliu[3]. In funcție de aria

[2] Definiție preluată din Glosarul de termeni din Anexa 1 a Ordinului nr.246/2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice.

[3] Unitatea de îngrijire la domiciliu este definită în Glosarul de termeni din Anexa 1 a Ordinului nr. 246/2006 ca fiind un „cadru organizațional care asigură un pachet de servicii de îngrijire la domiciliu". Cu alte cuvinte, Unitatea de îngrijire la domiciliu reprezintă orice instituție cu sau fără perso-

teritorială și numărul de beneficiari, se pot organiza una sau mai multe Unități de îngrijiri. Fiecare dintre acestea este coordonată de un manager de program. Responsabilitatea asistenței acordate beneficiarilor revine managerilor de caz.

- Furnizorul desemnează, din cadrul personalului implicat în procesul de îngrijire, un manager de caz care răspunde de coordonarea și monitorizarea procesului de îngrijire, precum și de elaborarea și respectarea planurilor și programelor individualizate destinate unui număr de maxim 25 beneficiari; dacă unitatea are un număr total de beneficiari mai mic sau egal cu 25, activitatea managerului de caz poate fi realizată de managerul de program;
- Furnizorul, prin managerul de caz, întocmește și monitorizează aplicarea Planului individualizat de îngrijire și asistență care prevede serviciile asigurate beneficiarului, precum și personalul implicat în realizarea acestora; managerul de caz poate implica, în realizarea planului individualizat de îngrijire și asistență, mai mulți specialiști, în funcție de nevoile particulare ale fiecărui beneficiar.

I.3.2. Servicii de care persoanele vârstnice pot beneficia conform Legii nr. 17/2000

Tipuri de servicii

Pentru a beneficia de serviciile prevăzute de legislație, conform articolului 3 al Legii nr. 17/2000, persoana vârstnică trebuie să se încadreze în una din următoarele situații:

- să nu aibă familie sau să nu se afle în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- să nu aibă locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- să nu realizeze venituri proprii sau acestea să nu fie suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;
- să nu se poată gospodări singură sau să necesite îngrijire specializată;
- să se afle în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociomedicale, datorită bolii ori stării fizice sau psihice.

Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice grupează serviciile comunitare de care bătrânii pot beneficia în servicii de asistare la domiciliu, servicii de consiliere și servicii comunitare asigurate persoanelor vârstnice în cămine. Oferirea acestor servicii se realizează cu consimțământul persoanelor vârstnice și conform standardelor minime de calitate aprobate prin Ordinul nr. 246/2006.

---

nalitate juridică, ce oferă astfel de servicii (cămine pentru pensionari, organizații neguvernamentale, instituții publice sau private sau filiale și sedii ale acestora).

Conform art. 8, alin. 1, 2 și 3 ale Legii nr. 17/2000, **serviciile de asistare la domiciliu** sunt:

- Servicii sociale privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei;
- Servicii sociomedicale privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;
- Servicii medicale sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

Parte din aceste servicii pot fi asigurate și de căminele pentru pensionari (chiar dacă îngrijirea la domiciliu a vârstnicilor nu este o activitate specifică acestor instituții), pe bază de convenții, la solicitarea organizațiilor neguvernamentale și cu sprijinul financiar al acestora.

Costurile pentru acordarea acestor servicii sunt acoperite din bugetul local și/sau de către persoanele vârstnice, în funcție de nivelul veniturilor, tipurile de servicii și perioada de timp pentru care acestea sunt acordate. Mai multe detalii referitoare la costurile pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pot fi găsite în secțiunea următoare.

Serviciile de consiliere sunt oferite de asistenți sociali pentru prevenirea marginalizării sociale și pentru sprijinirea reintegrării sociale.

De asemenea, persoanele vârstnice pot beneficia la cerere, gratuit, indiferent de nivelul veniturilor, de consiliere în vederea încheierii actelor juridice de vânzare-cumpărare, donație sau împrumuturi cu garanții imobiliare care au drept obiect bunurile mobile sau imobile ale persoanelor vârstnice respective.

Serviciile asigurate persoanelor vârstnice în cămine[4], conform art. 14, alin. 1, 2 și 3 ale Legii nr. 17/2000, sunt grupate în:

- Servicii sociale constând în: ajutor pentru menaj, consiliere juridică și administrativă, modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă;
- Servicii sociomedicale constând în: ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, asigurarea unor programe de ergoterapie, sprijin pentru realizarea igienei corporale;
- Servicii medicale constând în: consultații și tratamente la cabinetul me-

[4] Anexa numărul 1, reprezentând un studiu de caz instituțional, oferă o descriere mai detaliată a serviciilor de îngrijire a persoanelor vârstnice în instituții de tip rezidențial.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

dical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată, servicii de îngrijire-infirmerie, asigurarea medicamentelor, asigurarea cu dispozitive medicale, consultații și îngrijiri stomatologice.

Îngrijirea persoanelor vârstnice în cămine reprezintă o măsură de asistență socială și poate fi dispusă cu titlu de excepție pentru persoanele aflate în dificultate dar independente. Conform articolului 16, alin. 2 al Legii nr. 17/2000, accesul unei persoane vârstnice în cămin se face ținând cont de următoarele criterii de prioritate:

- necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu;
- nu se poate gospodări singură;
- este lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să își îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice și a sarcinilor familiale;
- nu are locuință proprie și nu realizează venituri proprii.

Căminele pot oferi unele servicii de îngrijire și la domiciliu, la solicitarea organizațiilor neguvernamentale, pe bază de convenții încheiate cu finanțatorul.

Contribuția persoanelor vârstnice la plata serviciilor

Persoanele vârstnice beneficiază de serviciile prevăzute de legislație în mod gratuit sau cu plata unei contribuții. În stabilirea contribuției, principalul factor luat în calcul este nivelul veniturilor vârstnicului respectiv, precum și tipurile de servicii de care persoana în cauză are nevoie (servicii de îngrijire la domiciliu, de consiliere sau de îngrijire în cămine).

Totuși, în situația în care veniturile vârstnicului sunt insuficiente pentru a acoperi costurile minime pentru un trai decent precum și costurile serviciilor necesare, familia persoanei vârstnice are obligația, conform articolului 93 din legea nr.292/2011, de a asigura îngrijirea și întreținerea acesteia. Obligațiile financiare ale familiei se stabilesc astfel încât să nu afecteze veniturile considerate a fi minim necesare vieții curente a persoanelor obligate la întreținere, precum și a copiilor acestora. În situația în care persoana vârstnică este singură sau familia acesteia nu poate să asigure, parțial sau integral, îngrijirea și întreținerea acesteia, statul intervine prin acordarea de beneficii de asistență socială și servicii sociale adecvate nevoilor strict individuale ale persoanei vârstnice.

În cazul **îngrijirii la domiciliu**, serviciile sociale și sociomedicale oferite persoanelor vârstnice la domiciliu se asigură:

- Gratuit pentru persoanele vârstnice fără venituri sau cu venituri mai mici de 5 ori decât nivelul venitului net lunar luat în calcul la stabilirea ajutorului social pentru o persoană singură;
- Cu plata unei contribuții, stabilită în funcție de tipul serviciilor acordate și nivelul venitului persoanei vârstnice, fără a se depăși costul acestora pentru perioada în care se acordă serviciile.

Consiliul local sau furnizorul de servicii sociale stabilește tipurile de servicii oferite unei persoane vârstnice precum și costul acestora.

Serviciile medicale de îngrijire la domiciliu sunt acordate în baza reglementărilor legale privind asigurările sociale de sănătate[5].

Serviciile de consiliere se acordă gratuit, la cererea persoanei vârstnice, indiferent de nivelul veniturilor.

Contribuția persoanelor vârstnice **îngrijite în cămine** (sau a susținătorilor legali ai acestora) se plătește lunar și reprezintă echivalentul costului mediu lunar de întreținere (CML[6]). Sunt scutiți de la plata CML vârstnicii fără venituri, costurile fiind acoperite de consiliile locale.

CML este stabilit anual de către consiliile locale sau județene și nu include costurile salariilor personalului de îngrijire a căminelor și costurile tratamentelor medicale.

CML datorat de o persoană vârstnică asistată în cămin se stabilește în funcție de gradul de dependență a persoanei în cauză, de tipurile de servicii de care are nevoie etc. La momentul internării persoanei vârstnice în cămin, se încheie un angajament de plată (pe bază de acord scris sau hotărâre judecătorească) care prevede una din următoarele modalități de plată a CML:

- 60% se asigură din veniturile persoanei vârstnice, dar fără a depăși nivelul acestor venituri și 40% de către susținătorii legali dacă venitul lunar per membru de familie este mai mare de 600 lei;
- 100% de către susținătorii persoanei vârstnice, pe baza unui angajament de plată semnat în momentul internării persoanei vârstnice;
- 100% de către persoana vârstnică, dacă CML este mai mic decât 60% din valoarea veniturilor vârstnicului.

Cheltuielile pentru serviciile medicale oferite în cămine se asigură conform reglementărilor privind asigurările sociale de sănătate. Totuși, cheltuielile care nu se decontează prin sistemul asigurărilor de sănătate sunt asigurate de căminul pentru persoane vârstnice.

I.3.3. Beneficiile de asistență socială acordate persoanelor vârstnice

Noua lege a asistenței sociale nr. 292/2011 prevede principalele categorii de beneficii de asistență socială pe care persoanele vârstnice le pot primi și situațiile în care acestea sunt acordate.

---

[5] Asigurările sociale de sănătate sunt prevăzute de Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

[6] CML reprezintă costul mediu lunar de întreținere și se aplică doar în situația în care persoana vârstnică este îngrijită într-un cămin.

BCU IAȘI CENTRU VECHI

Astfel, alineatul 1 al articolului 94 din legea amintită anterior, menționează faptul că "beneficiile de asistență socială se acordă persoanelor vârstnice care se găsesc în situații de vulnerabilitate". Aceste situații sunt următoarele:

- atunci când vârstnicii nu realizează venituri proprii sau veniturile lor ori ale susținătorilor legai nu sunt suficiente pentru asigurarea unui trai decent și a unui mediu sigur de viață;
- când persoana vârstnică se află în imposibilitatea de a-și asigura singure activitățile de bază ale vieții zilnice, nu se pot gospodări singure și necesită asistență și îngrijire;
- nu au locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii, etc.

La același articol, alineatul 2, sunt menționate principalele tipuri de beneficii sociale acordate persoanelor vârstnice:

- beneficiile de asistență socială pentru prevenirea și combaterea sărăciei și a riscului de excluziune socială;
- indemnizații de îngrijire, acordate în condițiile legii;
- alocații sau contribuții pentru asigurarea calității serviciilor sociale, destinate acoperirii costruilor hranei în cantine sociale, în centrele rezidențiale de îngrijire, precum și pentru susținerea unor suplimente nutriționale;
- facilități privind transportul urban și interurban, telefon, radio-tv, achiziția de produse alimentare, bilete de tratament balnear sau pentru recreere, precum și a altor servicii;
- ajutoare pentru situații care pun în pericol viața și siguranța persoanei vârstnice, precum și pentru evitarea instituționalizării;
- ajutoare în natură precum: alimente, încălțăminte, îmbrăcăminte, medicamente și dispozitive medicale, materiale de construcții și altele asemenea.

I.3.4. Etapele intervenției în managementul de caz

Prezentarea etapelor managementului de caz cu instrumentele caracteristice fiecărei etape poate fi realizată schematic. O astfel de schematizare a fost realizată de Rothman (Rothman și Thomas, 1994, p. 216). Figura 1 reprezintă o adaptare a acestei scheme la prevederile legislației românești.

BCU IAȘI - BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

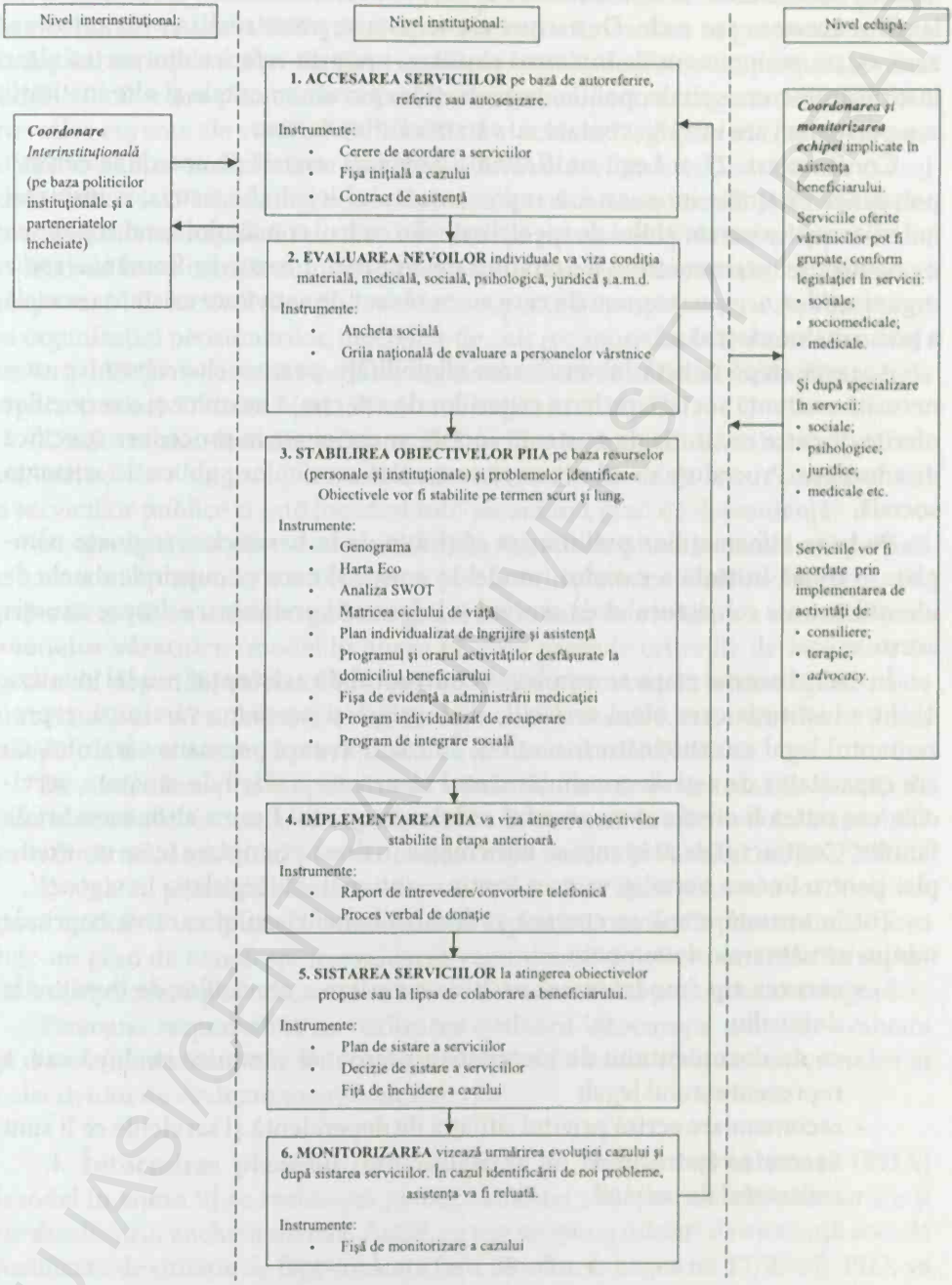


Fig.1 Nivelurile, funcțiile, etapele și instrumentele managementului de caz (adaptare realizată de Dana Pîrvu, 2011)

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1. Identificarea și admiterea beneficiarilor se realizează în principal pe bază de autoreferire directă a beneficiarilor sau referirea de către reprezentanții legali ai acestora sau rude. De asemenea, aceasta se poate realiza prin autosesizare, odată cu intervențiile în cazuri similare, sau prin referire din partea altor instituții precum: spitale, poliție, organizații neguvernamentale și alte instituții sau persoane care intră în contact cu vârstnici aflați în risc.

Conform art. 27 al Legii nr.17/2000, „asistența socială se acordă la cererea persoanei vârstnice interesate, a reprezentantului legal al acesteia, a instanței judecătorești, a personalului de specialitate din cadrul consiliului local, a poliției, a organizației pensionarilor, a unităților de cult recunoscute în România, sau a organizațiilor neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistența socială a persoanelor vârstnice."

Această etapă constă în verificarea eligibilității persoanelor vârstnice care necesită asistență socială, pe baza criteriilor de selecție, a nevoilor și a serviciilor oferite de către instituția de asistență socială, menționate în procedura specifică de admitere. Procedura de admitere se comunică serviciilor publice de asistență socială.

Pe baza informațiilor preliminare obținute de la beneficiar, se poate completa și o **fișă inițială a cazului** (model în anexa 3) care va cuprinde datele de identificare ale solicitantului de servicii și informații preliminare despre situația acestuia.

În cadrul acestei etape se semnează **contractul de asistență** (model în anexa 4) între instituția care oferă serviciile de îngrijire și persoana vârstnică, reprezentantul legal sau susținătorii acesteia. În cazul în care persoana vârstnică nu are capacitatea de a-și da consimțământul ca urmare a stării de sănătate, serviciile vor putea fi oferite și cu acordul rudelor de gradul I sau a altor membri de familie. Contractul de asistență se întocmește în două exemplare (câte un exemplar pentru fiecare parte) și va avea forma menționată de legislația în vigoare[7].

Tot în această etapă se creează și dosarul beneficiarului care va cuprinde minim următoarele documente:

- **cererea tip** (model în anexa 2) de acordare a serviciilor de îngrijire la domiciliu;
- copia documentului de identitate a persoanei vârstnice și, după caz, a reprezentantului legal;
- recomandare scrisă privind situația de dependență și serviciile ce îi sunt necesare vârstnicului;
- contractul de servicii.

[7] Formatul contractului a fost aprobat prin Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr.73 din 2005 privind aprobarea modelului Contractului pentru acordarea de servicii sociale, încheiat de furnizorii de servicii sociale, acreditați conform legii, cu beneficiarii de servicii sociale.

2. Evaluarea nevoilor se realizează conform art.4 al Legii nr. 17/2000 „prin **anchetă socială** (model în anexa 5) care se elaborează pe baza datelor cu privire la afecțiunile ce necesită îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective sau potențiale considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții". Art. 28, alin. 2 al aceleiași legi prevede faptul că „ancheta socială se realizează de un colectiv format din 2 asistenți sociali din cadrul consiliului local sau de la direcția de muncă, solidaritate socială și familie județeană sau a municipiului București. În situația persoanelor vârstnice dependente colectivul se va completa în mod obligatoriu cu medicul specialist al persoanei respective". Colectivul menționat anterior „poate fi completat și cu reprezentanți ai organizației pensionarilor, unităților de cult recunoscute în România sau ai altor organizații neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistența socială a persoanelor vârstnice." (art. 28, alin. 3, Legea nr. 17/2000).

Conform standardelor minime de îngrijire la domiciliu, evaluarea poate fi realizată și de o singură persoană dacă vârstnicul a fost deja supus unei evaluări a serviciilor publice și este încadrat într-un anumit grad de dependență.

În cazul persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei, nevoile acestora (care pot fi de natură medicală, sociomedicală, psihoafectivă) se stabilesc pe baza **grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice** (model în anexa 6), care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență. Art.6 al Legii nr.17/2000 prevede că această grilă poate fi revizuită anual și, în mod obligatoriu, o dată la 3 ani. Acest instrument a fost adoptat la nivel național prin Hotărârea de Guvern nr. 886/2000.

De asemenea, pentru persoanele vârstnice care se internează în unități de asistență medico-sociale, se va utiliza grila de evaluare medico-socială, aprobată prin Ordinul Ministrului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei nr. 180/2003.

Evaluarea persoanei vârstnice se realizează chiar dacă aceasta a fost deja supusă evaluării complexe a comisiilor de expertiză medicală pentru încadrarea într-un grad de handicap. Reevaluarea vârstnicului de către comisiile de expertiză se realizează periodic sau la cerere dacă autonomia persoanei s-a degradat.

Persoana responsabilă de realizarea evaluării întocmește o fișă de evaluare și de reevaluare care vor fi completate de către aceasta și de ceilalți membri ai colectivului de evaluare menționat anterior.

3. Întocmirea planului individualizat de îngrijire și asistență (PIIA) (model în anexa 9) se realizează pe baza analizei situației sociale, economice și medicale, prin ancheta socială. Astfel, se vor propune măsuri de asistență socială justificată de situația de fapt constată (art. 28, alin. 4, Legea nr. 17/2000). PIIA va fi întocmit de către managerul de caz ce va stabili de asemenea personalul și alte resurse necesare îndeplinirii acestuia. În stabilirea PIIA pot fi folosite, după caz, și alte instrumente specifice asistenței sociale, cum ar fi: **genograma** (model în

secțiunea I.4.7), **harta eco** (model în secțiunea I.4.8), **analiza câmpului de forțe** (model în anexa 7), **matricea ciclului de viață** (model în anexa 8) etc.

În cazul în care o serie de servicii sunt subcontractate de la alți furnizori, aceste servicii vor fi trecute în PIÎA, precum și detaliile referitoare la coordonarea activității de asistență între furnizori. PIÎA va fi revizuit semestrial și ori de câte ori este nevoie.

Managerul de caz va oferi persoanei vârstnice asistate sau reprezentantului legal al acesteia un exemplar al PIIA (atât la întocmire cât și la revizuirea lui) și explicațiile necesare, astfel încât informațiile incluse în PIIA să fie accesibile ca nivel de înțelegere beneficiarilor, în acest sens, se va întocmi în scris **programul și orarul activităților desfășurate la domiciliul beneficiarului** (model în anexa 10) care va fi semnat de managerul de caz și persoana vârstnică. Acest program va fi păstrat la dosarul personal al beneficiarului și va fi revizuit și modificat ori de câte ori este nevoie, dar numai cu acordul părților.

PIIA va cuprinde următoarele aspecte vizând situația persoanei vârstnice (conform standardelor minime de calitate):

- îngrijirea personală prin servicii de îngrijire la domiciliu pentru ajutor în desfășurarea activităților de bază ale vieții zilnice (ex. igiena corporală, îmbrăcare / dezbrăcare etc.);
- supravegherea și menținerea sănătății prin sprijinirea accesului la serviciile medicului de familie sau medicului specialist și colaborarea permanentă cu aceștia în vederea îndrumării și consilierii medicale, evaluării periodice a stării de sănătate, etc.; managerul de caz întocmește **fișa de evidență a administrării medicației**[8] (model în anexa 11) și în cazul în care persoana vârstnică decedează pe parcursul procesului de asistență, medicamentele beneficiarului vor fi păstrate până la stabilirea cauzelor morții;
- recuperarea abilităților de autoservire, îngrijire personală și autogospodărire pe baza unor activități specifice care vor fi trecute în **programul individualizat de recuperare (PIR)** (model în anexa 12); PIR se realizează în baza evaluării autonomiei funcționale a vârstnicului și ținând cont de recomandările specialiștilor și se revizuiește periodic; în vederea prevenirii instituționalizării vârstnicului, managerul de caz va sesiza familia sau autoritățile locale cu privire la necesitatea efectuării unor modificări ale locuinței;
- integrarea socială și participarea ce vizează sprijinirea beneficiarului în menținerea statutului de membru deplin și activ a comunității; în acest sens se va stabili un **program de integrare socială** (model în anexa 13), elaborat și revizuit periodic, ce va include următoarele tipuri de activități:
  - promovarea activităților de petrecere a timpului liber, evenimentele

[8] Această fișă se completează atât pentru beneficiarii care își pot administra singuri medicația cât și pentru cei ce necesită asistență în acest sens.

culturale sau orice inițiative comunitare publice;
- acompanierea beneficiarului sau facilitarea deplasării la evenimente sociale comunitare sau la instituții și servicii publice;
- informare și consiliere referitoare la utilizarea serviciilor din comunitate;
- promovarea activităților menite să încurajeze dezvoltarea relațiilor cu membrii familiei și ai comunității;
- facilitarea comunicării (ex. servicii de telefonie cu regim special) etc.

Toate programele și planurile subordonate PIIA vor fi elaborate și implementate numai cu participarea activă a beneficiarului, familiei acestuia sau, după caz, a reprezentantului legal.

4. Implementarea programului individualizat de îngrijire și asistență reprezintă etapa în care vârstnicul primește efectiv serviciile de îngrijire, conform planificărilor realizate în etapa precedentă și menționate în PIIA și în programele și planurile subordonate acestuia.

În funcție de serviciile oferite, furnizorul este responsabil de acordarea resurselor necesare implementării PIIA: personal, materiale, echipamente etc.

Managerul de caz va monitoriza modul de implementare al PIIA și activitatea personalului implicat în proiect. Pentru eficientizarea procesului de monitorizare, este recomandată întocmirea unui **raport de întrevedere/convorbire telefonică** (model în anexa 14) după fiecare întrevedere/convorbire telefonică a oricărui membru din echipa de personal care lucrează pe caz. Acest lucru va permite identificarea rapidă a eventualelor schimbări în situația vârstnicului, precum și cauzele acestora.

În cazul serviciilor ce includ și oferirea de sprijin material, vor fi întocmite și **procese verbale de donație** (model în anexa 15) care vor ajuta managerul de caz să monitorizeze valoarea totală și frecvența acordării acestui tip de sprijin.

Pe parcursul implementării PIIA, în vederea asigurării protecției beneficiarilor împotriva abuzurilor și neglijării, furnizorul va păstra un registru privind protecția beneficiarului împotriva abuzurilor, în care personalul responsabil va consemna situațiile speciale sesizate și măsurile luate.

De asemenea, orice incident deosebit[9] va fi înregistrat și, în funcție de natura incidentului, factorii interesați vor fi informați în scris în maxim 24 de ore.

Pe parcursul procesului de asistență, persoanele vârstnice au dreptul de a face sesizări și reclamații. Pentru soluționarea acestora, furnizorul își va crea propria procedură și va desemna personalul necesar. Reclamațiile vor fi monitorizat pentru a putea identifica principalele cauze de nemulțumire și pentru a iniția cu promptitudine măsurile corective. Beneficiarul, familia acestuia sau reprezentantul legal vor fi informați cu privire la procedurile de soluționare a

[9] Prin incident deosebit se înțelege orice aspect sau eveniment care poate avea un impact negativ asupra beneficiarului.

BCU NATIONAL LIBRARY

sesizărilor și reclamațiilor, inclusiv a formelor de soluționare prevăzute de legislație[10].

În această etapă, managerul de caz va coordona procesul de asistență și, pe baza rezultatelor obținute, va readapta PIIA la situația și nevoile beneficiarului.

5. Sistarea acordării serviciilor se realizează atunci când nu mai sunt îndeplinite condițiile pentru acordarea acestora. Conform art. 35 al Legii nr. 17/2000 „dacă perioada în care asistența socială a persoanelor vârstnice este temporară, dar nu mai mare de 6 luni, acordarea serviciilor de asistență socială se suspendă prin decizie motivată a celui care a stabilit dreptul. La încetarea suspendării reluarea acordării serviciilor sau prestațiilor de asistență socială se face pe bază de anchetă socială".

Decizia de sistare a serviciilor (model în anexa 16) se comunică beneficiarului sau reprezentantului legal al acestuia și, după caz, serviciului public de asistență socială/primarului cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de sistare. Odată cu decizia de sistare, clientul este informat cu privire la posibilitatea de a se adresa altor furnizori. Atunci când situația o impune, se realizează un plan de sistare a serviciilor cu minim 90 de zile înainte de data sistării.

Mai ales în cazul persoanelor vârstnice singure, lipsite de îngrijirea familiei, este recomandat ca la sistarea serviciilor, managerul de caz să ofere beneficiarului datele de contact ale instituțiilor ce pot fi contactate de acesta în caz de urgență.

Pentru fiecare caz sistat, se realizează o **fișă de sistare a serviciilor** (sau fișă de închidere a cazului – model în anexa 17), ce va cuprinde informații precum: data sistării, motivele sistării, persoana de contact care va putea da informații cu privire la evoluția ulterioară a beneficiarului.

Dosarul beneficiarului va fi păstrat și după sistarea procesului de asistență, iar beneficiarul sau reprezentantul legal al acestuia și serviciul public de asistență socială vor primi câte o copie a acestuia.

6. Monitorizarea cazurilor este etapa în care managerul de caz, cu sprijinul specialiștilor implicați, verifică „sustenabilitatea" procesului de asistență. Mai exact, se verifică dacă situația vârstnicului a rămas la fel sau s-a îmbunătățit față de momentul în care serviciile au fost sistate. În cazul în care situația vârstnicului s-a înrăutățit, procesul de asistență poate fi reluat, începând cu reevaluarea situației, întocmirea unui nou plan de îngrijire și asistență, ș.a.m.d.

Această monitorizare poate fi realizată pe bază de vizite la domiciliul beneficiarului, conversații telefonice sau alte situații și împrejurări care permit obținerea de informații referitoare la evoluția ulterioară a vârstnicului. La finalizarea procesului de monitorizare, managerul de caz va întocmi **fișa de monitorizare**

[10] Legea contenciosului administrativ nr. 554/2004, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.1154 din 6 martie 2007.

(model în anexa 18) care va cuprinde informații despre evoluția ulterioară a cazului și eventuale recomandări pentru îmbunătățirea situației vârstnicului.

Din punct de vedere legislativ nu există obligativitatea monitorizării cazurilor asistate pe o anumită perioadă de timp, însă această perioadă ar trebui să țină cont de complexitatea problemelor cu care vârstnicul a fost luat în evidență, de perioada de asistență (riscul de a dezvolta dependență față de servicii), precum și de gradul de vulnerabilitate a vârstnicului de a se confrunta cu noi probleme.

I.3.5. Implicarea voluntarilor în asistența persoanelor vârstnice conform Hotărârii de Guvern nr. 1317/2005

Voluntarii reprezintă o resursă importantă a comunității. Deși în România voluntariatul necesită încă acțiuni de promovare care să duca la dezvoltarea sa, aceasta, acesta poate fi găsit în multe domenii: servicii sociale, protecția mediului, afaceri, cercetare, etc. Un astfel de domeniu este și asistarea persoanelor vârstnice.

Ca urmare a vulnerabilității caracteristice acestei categorii de beneficiari, în anul 2005 a fost dată Hotărârea de Guvern numărul 1317 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice. Această hotărâre de guvern menționează tipurile de activități în care voluntarii pot fi implicați și procesul de selectare, coordonare și recompensare a acestora.

1. Cine se poate implica în activități de voluntariat pentru îngrijirea la domicilu a persoanelor vârstnice?

Articolul 2 al Hotărârii de Guvern specifică faptul că activitățile de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice pot fi desfășurate de persoane a căror instruire corespunde domeniului de asistență socială, pe baza consimțământului liber exprimat. Această condiție limitează procesul de selecție a voluntarilor, dat fiind faptul că nu toate persoanele care doresc să se implice în activități de voluntariat pentru vârstnici au o pregătire în domeniul asistenței sociale. De asemenea, persoanele vârstnice care locuiesc în regiuni/localități cu un număr scăzut de persoane cu o astfel de pregătire sunt dezavantajate, pentru că li se încalcă dreptul la șanse egale.

Totuși, aceeași hotărâre prevede la art.6, alin. 1, faptul că voluntarul are dreptul de a beneficia de cursuri de instruire specifice și de îndrumare din partea furnizorului de servicii sociale, iar la art. 4 sunt prevăzute condițiile de înscriere ca voluntari pentru elevi și studenți. Dat fiind faptul că elevii și studenții nu reprezintă persoane cu pregătire în domeniul asistenței sociale și că voluntarii au dreptul de a beneficia de cursuri de instruire, pentru a clarifica această discrepanță, putem concluziona că orice persoană se poate implica în activități de voluntariat pentru îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice, dacă are pregătire în domeniul asistenței sociale și/sau dacă a beneficiat de un curs specific de instruire, înainte de a începe propriu-zis activitatea.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2. Tipurile de servicii în care se pot implica voluntarii

Articolul 5 al Hotărârii de Guvern nr. 1317/2005 prevede faptul că din tipurile de servicii oferite persoanelor vârstnice la domiciliu, voluntarii pot desfășura serviciile de îngrijire social-medicală, de natură socială[11]. mai exact, acestea pot fi:

- Servicii de bază: ajutor pentru igiena corporală, îmbrăcare și dezbrăcare, igiena eliminărilor, hrănire și hidratare, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
- Servicii de suport: ajutor pentru prepararea hranei sau livrarea aceasteia, efectuarea de cumpărături, activități de menaj, însoțirea în mijloacele de transport, facilitarea deplasării în exterior, companie, activități de administrare și gestionare, activități de petrecere a timpului liber.

Acestor servicii se pot adăuga și altele, în funcție de pregătirea profesională a voluntarului și de tipurile de afecțiuni pe care le prezintă persoanele vârstnice, conform legii și cu acordul îndrumătorului care coordonează și supraveghează activitatea de voluntariat.

3. Care sunt procedurile de recrutare și selecție a voluntarilor?

Recrutarea voluntarilor se realizează de către furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu, pe baza unei proceduri care trebuie să respecte prevederile Legii nr.195/2001 a voluntariatului.

Procedura constă în depunerea de către persoanele interesate a unei cereri de înscriere însoțită de o serie de documente enumerate mai jos și în participarea la un interviu.

Ca urmare a gradului mare de vulnerabilitate a persoanelor vârstnice la diverse forme de abuzuri și înșelătorii, este foarte important ca selectarea voluntarilor care vor oferi servicii de îngrijire la domiciliu să fie realizată cu foarte mare atenție. Astfel, conform art. 4, alin. 2, cererea de înscriere va fi însoțită de următoarele documente:

- Copie de pe actul de identitate;
- Curriculum vitae al solicitantului;
- Scrisoare de motivație;
- Dovada privind pregătirea profesională și nivelul de instruire sau, după caz, adeverință școlară care să ateste anul de studii, pentru elevi și studenți;
- Recomandare din partea responsabilului de pregătire practică din instituția de învățământ la care elevii și studenții sunt înscriși, care să ateste seriozitatea acestora;
- Adeverință medicală eliberată de medicul de familie, care să ateste faptul că persoana solicitantă este aptă de a desfășura acțiuni în domeniu;
- Cazier judiciar.

[11] Serviciile de îngrijire social-medicală, de natură socială sunt prevăzute la art. 3^5 alin. (2) din Ordonanța Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 515/2003, cu modificările și completările ulterioare.

Selectarea propriu-zisă a voluntarilor va fi realizată de către furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu, pe baza informațiilor cuprinse în documentele ce însoțesc cererea de înscriere, a principiilor și specificului instituției și a nevoilor beneficiarilor.

Finalizarea selecției voluntarilor constă în semnarea unui contract de voluntariat între voluntar și furnizorul de servicii. Modelul contractului de voluntariat este prevăzut în Anexa nr.1 a Hotărârii de Guvern nr.1317/2005.

Înainte de începerea activității, furnizorul de servicii sociale are obligația de a elibera voluntarului o legitimație care să ateste calitatea de voluntar. Modelul acestei legitimații este prevăzut în anexa nr.2 a Hotărârii de Guvern nr.1317/2005.

4. Drepturile și responsabilitățile voluntarilor

Drepturile voluntarilor implicați în activități de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice sunt:

- De a beneficia de cursuri de instruire specifice în domeniu, atât la începutul desfășurării activității cât și pe parcursul acesteia;
- De a primi îndrumare din partea furnizorului de servicii pe parcursul desfășurării activității;
- De a li se recunoaște serviciile de îngrijire la domiciliu desfășurate pentru persoanele vârstnice, precum și experiența și aptitudinile dobândite pe parcursul activității; această recunoaștere se face prin eliberarea de către furnizorul de servicii a unui certificat nominal[12];
- De a primi materialele, echipamentele și alte resurse ce le sunt necesare, în funcție de tipul activităților în care sunt implicați și de posibilitățile furnizorului de servicii.

Responsabilitățile voluntarilor implicați în oferirea de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice sunt următoarele:

- De a sesiza furnizorul de servicii sociale, în cel mai scurt timp posibil, asupra oricăror aspecte observate în timpul activității care pot avea un impact negativ asupra persoanelor vârstnice;
- De a nu pretinde din partea persoanelor vârstnice asistate foloase materiale, indiferent de natura acestora;
- De a respecta programul stabilit de comun acord cu furnizorul de servicii sociale, precum și cu persoana vârstnică, beneficiară a serviciului de îngrijire la domiciliu;
- De a înștiința periodic furnizorul de servicii sociale cu privire la activitatea desfășurată.

[12] Modelul certificatului nominal este prevăzut în Anexa 3 a Hotărârii Guvernului nr.1317/2005.

RCUIASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4. PREZENTARE ȘI INSTRUMENTARE CAZ[13]

Un model de completare a instrumentelor specifice în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice este oferit în cadrul acestui subcapitol. În ceea ce privește instrumentele specifice asistenței psihologice, acestea pot fi consultate în capitolul II, secțiunea II.5.

I.4.1. Flavian. Abandon, dependență și orgoliu

În vârstă de 60 ani, Flavian este căsătorit de 25 de ani cu Margareta în vârstă de 55 ani. Margareta este plecată din anul 2006 în Italia pentru a lucra ca menajeră, și revine în țară o dată pe an, în luna august. Plecarea soției s-a datorat dificultăților financiare cu care familia se confrunta, lipsei unui loc de muncă și tensiunilor familiale.

În urma căsătoriei au rezultat doi copii: Mădălina de 30 ani (căsătorită cu Cătălin împreună cu care are un băiat de 3 ani, locuiesc în Iași) și Ioan, în vârstă de 25 ani (necăsătorit, plecat în Anglia din anul 2008).

Începând cu anul 2005 starea de sănătate a lui Flavian s-a înrăutățit; acesta prezintă probleme medicale fiind diagnosticat cu: diabet zaharat tip II, HTA, hernie de disc L4-L5. În anul 2006 a fost diagnosticat cu lombosciatică L4 drept algo-paretică restantă, iar în anul 2007 a suferit o intervenție chirurgicală pentru hernie de disc L3-L5.

În urma operației starea de sănătate a lui Flavian s-a agravat și a fost diagnosticat cu scleroză laterală amitrofică, parapareză spastică, discopatie lombară operată. În prezent Flavian urmează tratament medicamentos pentru afecțiunile menționate și proceduri medicale de recuperare postoperatorii pentru stabilizarea situației medicale. Trebuie menționat faptul că Flavian nu are asigurare medicală, nu realizează niciun venit, toate costurile tratamentelor și intervențiilor fiind suportate din veniturile soției sale.

Din punct de vedere financiar, beneficiarul nu realizează niciun venit, se întreține cu banii primiți de la soția care lucrează în Italia, bani administrați de fiica acestora pentru acoperirea utilităților, procurarea medicamentelor și alimentelor de bază. De multe ori nevoile de întreținere depășesc banii primiți lunar. Soții, Flavian și Margareta dețin o locuință proprietate personală formată din 3 camere, utilată modest. În această locuință care nu are încălzire și nici apă caldă beneficiarul stă singur din momentul plecării soției și a fiului la muncă în străinătate.

Relațiile de cuplu sunt tensionate; tensiunea apărută se datorează plecării doamnei la muncă în străinătate. Menționăm că Flavian s-a opus plecării. Comunicarea celor doi soți este deficitară. Aceștia vorbesc o dată pe lună la telefon și schimbă doar informații legate de plata facturilor. Flavian îi cere soției să renunțe la munca în Italia și să se întoarcă acasă.

[13] Datele de identificare ale persoanelor folosite ca exemplu în această metodologie sunt fictive.

Beneficiarul are o relație pozitivă cu fiica sa, aceasta îl vizitează și îl sprijină în activitățile de zi cu zi. Fiul acestora menține legătura telefonic lunar cu tatăl său, iar în cazuri de urgență îi trimite suma de 100 Euro.

Din cauza mobilității reduse, Flavian se deplasează numai cu ajutorul cârjelor și pe distanțe mici, iar pentru deplasare în exterior și pe distanțe mari necesită ajutorul unei alte persoane. Din acest motiv interacțiunile sociale sunt reduse și nu își vizitează rudele sau prietenii. Clientul își găsește puține resurse pentru a face față problemelor cu care se confruntă (situația medicală, lipsuri materiale, singurătatea ca urmare a separării de soție și fiu, plecați la muncă în străinătate).

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.2. CERERE DE SERVICII

Domnule Director,

Subsemnatul, **Popovici Flavian**, domiciliat în localitatea Iași, Str. Florilor nr. 5, bl. C1, sc. A, et. 8, ap. 2, având B.I. cu seria G.R, nr. 532xxx, eliberat de Poliția Iași, la data de 20.02.1973, solicit a-mi aproba cererea de a beneficia de următoarele serviciile psihosociale gratuite pentru persoanele vârstnice oferite de Asociația Alternative Sociale:

- asistență socială
- consiliere psihologică
- asistență juridică
- activități de socializare
- companie/ vizite din partea voluntarilor
- medierea relației cu instituțiile statului
- sprijin material

Data: Semnătura:

Domnului Director al Asociației Alternative Sociale

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.3. FIȘA INIȚIALĂ A CAZULUI

Modalitatea solicitării: verbală □/ telefonică ■ / scrisă □
Data: 19.06.2009
Solicitant: Secția de Poliție nr. 2, Iași
DATE DESPRE BENEFICIAR:
Numele și prenumele: Popovici Flavian Vârsta: 60 ani
CNP: 1490104xxxxx1; Act de identitate: CI seria: GR nr. 532xxx
Domiciliul în fapt: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iași
Domiciliul legal: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iași
Situația în fapt:

Domnul Popovici locuiește singur într-un apartament cu 3 camere proprietate personală, nu beneficiază de pensie și nici asigurare de sănătate de aproximativ 4 ani. Din cauza stării precare de sănătate, acesta a fost nevoit să părăsească locul de muncă. Deoarece nu a împlinit vârsta legală de pensionare, clientul nu are nicio sursă de venit.
Soția domnului Popovici este plecată în străinătate din anul 2006. Domnul Popovici are 2 copii, un băiat (plecat în Anglia) și o fată care locuiește în orașul Iași.

PERSOANE RESURSĂ:
Numele și prenume: Popovici Margareta, vârsta: 55 ani calitate: soție
Numele și prenume: Popescu Mădălina, vârsta: 30 ani, calitate: fiică
Numele și prenume: Popovici Ioan, vârsta: 25 ani, calitate: fiu

DATE RELEVANTE DESPRE VÂRSTNIC ȘI OBSERVAȚII:
- Vârstnic singur, fără sursă de venit;
- Locuința proprietate personală, modest utilată, fără apă caldă și căldură;
- Numeroase probleme medicale la nivelul membrelor inferioare și a coloanei vertebrale;
- Se deplasează cu dificultate pe distanțe foarte mici (în interiorul locuinței);
- Familia îl susține puțin, cu excepția fiicei care încearcă să-i acorde sprijin în activitățile de zi cu zi.

Preluare caz de către asistent social : (nume și prenume) Semnătură:

BCU IAȘI - NATIONAL INTELLECT LIBRARY

Nr. 73/27.06.2009

I.4.4. CONTRACT PENTRU ACORDAREA DE SERVICII SOCIALE

PĂRȚILE CONTRACTANTE

1. **Asociația Alternative Sociale**

denumit în continuare Furnizor de servicii sociale, cu sediul în județul: Iași, codul de înregistrare fiscală 9xxxxxx, contul nr. : ROxxxxxxxxxxxxxxxx deschis la Banca: _____, certificat de acreditare, seria: X, nr.: xxxxxxx, reprezentat de dl/dna _____, având funcția de _____.

și

2. **Popovici Flavian,** denumit în continuare Beneficiar, CNP: 1490104xxxxx1 cu domiciliul în municipiul Iași, Strada Florilor nr. 5, bl.C1, sc.A, et.8, ap.2, posesor al C.I. seria: G.R. nr. 532xxx , eliberat la data de: 20.02.1973 de Poliția Iași.

I. Având în vedere:

- evaluarea complexă efectuată în data de 25.06.2009
- planul individualizat de asistență și îngrijire nr. 73/29.06.2009

II. Convin asupra următoarelor:

1. Definiții

1.1 *Contractul pentru furnizarea de servicii sociale*: este actul juridic încheiat între o persoană fizică sau juridică, publică sau privată, acreditată conform legii să acorde servicii sociale - denumită furnizor de servicii sociale – și o persoană fizică aflată în situație de risc sau dificultate socială – denumită beneficiar de servicii sociale – care exprimă acordul de voință al acestora în vederea acordării de servicii sociale.

1.2. *Furnizor de servicii sociale*: persoana fizică sau juridică, publică sau privată, acreditată conform legii, în vederea acordării de servicii sociale, prevăzută la art. 11 din Ordonanța Guvernului nr. 68/2003, cu modificările și completările ulterioare.

1.3. *Beneficiarul de servicii sociale* este persoana aflată în situație de risc și dificultate socială împreună cu familia acesteia care necesită servicii sociale, conform planului de intervenție revizuit în urma evaluării complexe.

1.4. *Serviciile sociale* reprezintă un ansamblu de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență pentru prezervarea autonomiei și protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării și în scopul creșterii calității vieții, definite în condițiile prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 68/2003, cu modificările și completările ulterioare.

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" IAȘI

1.5. *Reevaluarea situației beneficiarului* reprezintă activitatea obligatorie a furnizorului de a evalua situația beneficiarului după acordarea de servicii sociale pe o anumită perioadă de timp.

1.6. *Revizuirea sau completarea planului individualizat de asistență și îngrijire* reprezintă modificarea sau completarea adusă planului individualizat pe baza rezultatelor reevaluării situației beneficiarului.

1.7. *Contribuția beneficiarului* reprezintă o cotă parte din costul total al serviciului/serviciilor acordate de furnizor, în funcție de tipul serviciului și de situația materială a beneficiarului și poate fi în bani, servicii sau în natură.

1.8. *Obligațiile beneficiarului* reprezintă totalitatea îndatoririlor pe care beneficiarul și le asumă prin contract și pe care le va îndeplini valorificându-și maximal potențialul psihofizic.

1.9. *Standarde minimale de calitate*: este ansamblul de cerințe privind cadrul organizatoric și material, resursele umane și financiare în vederea atingerii nivelului de performanță obligatoriu pentru toți furnizorii de servicii sociale specializate, aprobate în condițiile legii.

1.10. *Modificările de drept ale contractului de acordare de servicii sociale* sunt modificările aduse contractelor de acordare de servicii sociale în mod independent de voința părților, în temeiul prevederilor unui act normativ.

1.11. *Forța majoră* - un eveniment mai presus de controlul părților, care nu se datorează greșelii sau vinii acestora, care nu putea fi prevăzut în momentul încheierii contractului și care face imposibilă executarea și respectiv, îndeplinirea contractului.

1.12. *Evaluarea inițială* reprezintă activitatea de identificare/determinare a naturii cauzelor, a stării actuale de dezvoltare și integrare socială a beneficiarului precum și a prognosticului acestora efectuată prin utilizarea de metode și tehnici specifice profesiilor sociale, de către furnizorul de servicii sociale. Scopul evaluării este cunoașterea și înțelegerea problemelor cu care se confruntă beneficiarul și identificarea măsurilor inițiale pentru elaborarea planului inițial de măsuri.

1.13. *Planul individualizat de asistență și îngrijire* reprezintă ansamblul de măsuri și servicii adecvate și individualizate potrivit nevoilor sociale identificate ca urmare a efectuării evaluării complexe și cuprinde programarea serviciilor sociale, personalul responsabil și procedurile de acordare a serviciilor sociale.

1.14. *Evaluarea complexă* reprezintă activitatea de investigare și analiză a stării actuale de dezvoltare și de integrare socială a beneficiarului, a cauzelor care au generat și care întrețin situația de dificultate în care acesta se află precum și a prognosticului acestora utilizându-se instrumente și tehnici standardizate specifice domeniilor de asistență socială, psihologică, educațională, medicală și juridică.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2. Obiectul contractului

2.1.[14] Obiectul contractului îl constituie acordarea următoarelor servicii sociale:

- servicii psihosociale pentru persoanele vârstnice;

2.2.[15] Descrierea serviciilor sociale acordate de furnizorul de servicii sociale.

3. Costurile serviciilor sociale acordate și contribuția beneficiarului

3.1. Costul total al serviciilor sociale prevăzute este de xxx lei.

3.2. [16]Contribuția beneficiarului pentru serviciile sociale primite este, după cum urmează:

- pentru serviciile de asistență socială și îngrijiri la domiciliu pentru persoane vârstnice contribuția este 0 lei (în bani/în natură)

3.3.[17] Contribuția beneficiarului nu va influența acordarea serviciilor sociale și nu va îngreuna posibilitatea beneficiarului de a ieși din starea de dificultate.

4. Durata contractului

4.1. Durata contractului este de la data de 19.06.2009 până la 19.09.2009

4.2. Durata contractului poate fi prelungită cu acordul părților și numai după evaluarea rezultatelor serviciilor acordate beneficiarului și după caz, revizuirea planului individualizat de asistență și îngrijire prin act adițional.

5. Etapele procesului de acordare a serviciilor sociale

5.1. Implementarea măsurilor prevăzute în planul de intervenție și în planul individualizat

5.2. Reevaluarea periodică a situației beneficiarului.

5.3. Revizuirea planului individualizat de asistență și îngrijire în vederea adaptării serviciilor sociale la nevoile beneficiarului.

6. Drepturile furnizorului de servicii sociale

6.1. De a verifica veridicitatea informațiilor primite de la beneficiar.

6.2. De a sista acordarea serviciilor sociale către beneficiar în cazul în care constată că acesta i-a furnizat informații eronate;

6.3. De a utiliza, în condițiile legii, date denominalizate în scopul întocmirii de statistici pentru dezvoltarea serviciilor sociale;

7. Obligațiile furnizorului de servicii sociale

7.1. Să respecte drepturile și libertățile fundamentale ale beneficiarului în acordarea serviciilor sociale precum și drepturile beneficiarului rezultate din prezentul contract;

[14] Lista serviciilor sociale ce vor fi acreditate poate fi prevăzută cu acordul părților în anexă la contract.
[15] Descrierea serviciilor sociale acordate poate fi prevăzută cu acordul părților în anexă la contract.
[16] Valoarea contribuției beneficiarului este stabilită în urma procesului de evaluare complexă.
[17] Costurile serviciilor ce pot fi prevăzute cu acordul părților în anexă la contract.

BCU "GHEORGHE ASACHI" DIN IAȘI - UNIVERSITY LIBRARY

7.2. Să acorde servicii sociale prevăzute în planul individualizat de asistență și îngrijire cu respectarea acestuia și a standardelor minimale de calitate a serviciilor sociale;

7.3. Să depună toate diligențele pentru a asigura beneficiarul de continuitatea serviciilor sociale furnizate, în cazurile de încetare a prezentului contract prevăzute la pct. 12.1. și 13.1. lit. a) și d). Asigurarea continuității serviciilor sociale se va realiza și prin subcontractarea și cesiunea de servicii sociale;

7.4. Să fie receptiv și să țină cont de toate eforturile beneficiarului în îndeplinirea obligațiilor contractuale și să considere că beneficiarul și-a îndeplinit obligațiile în măsura în care acesta a depus toate eforturile;

7.5. Să informeze beneficiarul asupra:

- conținutului serviciilor sociale și condițiilor de acordare a acestora;
- oportunității acordării altor servicii sociale;
- liste la nivel local a furnizorilor acreditați să acorde servicii sociale;
- regulamentului de ordine internă;
- oricărei modificări de drept a contractului.

7.6. Să reevalueze periodic situația beneficiarului și, după caz, să completeze și/sau să revizuiască planul individualizat de asistență și îngrijire, exclusiv în interesul acestuia;

7.7. Să respecte, conform legii, confidențialitatea datelor și informațiilor referitoare la beneficiar;

7.8. Să ia în considerare dorințele și recomandările obiective ale beneficiarului, cu privire la acordarea serviciilor sociale;

7.9. Să utilizeze contribuția beneficiarului exclusiv pentru acoperirea cheltuielilor legate de acordarea serviciilor sociale;

7.10. De a informa serviciul public de asistență în a cărui rază teritorială locuiește beneficiarul asupra nevoilor identificate și serviciilor propuse a fi acordate.

8. Drepturile beneficiarului

8.1. În procesul de acordare a serviciilor sociale prevăzute la punctul 2, furnizorul de servicii sociale va respecta drepturile și libertățile fundamentale ale beneficiarului;

8.2. Beneficiarul are următoarele drepturi contractuale:

a) De a primi serviciile sociale prevăzute în planul individualizat de asistență și îngrijire;
b) De a i se asigura continuitatea serviciilor sociale, atât timp cât se mențin condițiile care au generat situația de dificultate;
c) De a refuza, în condiții obiective, primirea serviciilor sociale;
d) De a fi informat în timp util și în termeni accesibili, asupra:
   - drepturile sociale, a măsurilor legale de protecție și situațiilor de risc;
   - modificărilor intervenite în acordarea serviciilor sociale;

BCU PRO CONTRA UNIVERSITY LIBRARY

- oportunității acordării altor servicii sociale;
- listei la nivel local a furnizorilor acreditați să acorde servicii sociale;
- regulamentului de ordine internă.

e) De a participa la evaluarea serviciilor sociale primite și de a participa la luarea deciziilor privind intervenția socială care i se aplică, putând alege variante de intervenție, dacă ele există;

f) Dreptul de a avea acces la propriul dosar;

g) De a-și exprima nemulțumirea cu privire la acordarea serviciilor sociale.

9. [18] Obligațiile beneficiarului

9.1. Să participe activ în procesul de furnizare a serviciilor sociale și la reevaluarea și revizuirea planului individualizat de asistentă și îngrijire;

9.2. Să furnizeze informații corecte cu privire la identitatea și situația familială, medicală, economică și socială și să permită furnizorului de servicii sociale verificarea veridicității acestora;

9.3. Să respecte termenele și clauzele stabilite în cadrul planului individualizat de asistență și îngrijire;

9.4. Să contribuie la plata costurilor serviciilor sociale primite cu o cotă parte din costul total al serviciului/serviciilor acordate de furnizor, conform punctelor 3.3 și 3.4;

9.5. Să anunțe orice modificare intervenită în legătură cu situația sa personală pe parcursul acordării serviciilor sociale;

9.6. Să respecte regulile de comportament, programul de lucru, persoanele de contact etc.

10. Soluționarea reclamațiilor

10.1. Beneficiarul are dreptul de a formula verbal și/sau în scris reclamații cu privire la acordarea serviciilor sociale;

10.2. Reclamațiile pot fi adresate furnizorului de servicii sociale direct sau prin intermediul oricărei persoane din cadrul echipei de implementare a planului individualizat;

10.3. Furnizorul de servicii sociale are obligația de a analiza conținutul reclamațiilor, consultând atât beneficiarul, cât și specialiștii implicați în implementarea planului individualizat de asistență și îngrijire și de a formula răspuns în termen de maxim 10 (zece) zile de la primirea reclamației;

10.4. [19]Dacă beneficiarul nu este mulțumit de soluționarea reclamației acesta se poate adresa in scris Comisiei de mediere socială de la nivelul județului/sec-

[18] Obligațiile beneficiarului se vor completa, după caz, cu alte obligații specifice tipurilor de servicii sociale prevăzute în prezentul contract.

[19] Furnizorul va avea înscris în regulamentul de ordine interioară o procedură privind plângerile formulate de beneficiari care se va respecta punctele 10.1-10.3.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

torului IAȘI care va clarifica prin dialog divergențele dintre părți sau, după caz, instanței de judecată competente.

11. Litigii

11.1. Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând în prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

11.2. Dacă după 15 zile de la începerea acestor proceduri neoficiale Furnizorul de Servicii Sociale și Beneficiarul nu reușesc să rezolve în mod amiabil o divergență contractuală, fiecare poate solicita Comisiei de mediere socială mijlocirea soluționării divergențelor sau se poate adresa instanțelor judecătorești competente.

12. [20] Rezilierea contractului

12.1. Constituie motiv de reziliere a contractului următoarele:

a) refuzul obiectiv al beneficiarului de a mai primi serviciile sociale, exprimat în mod direct sau prin reprezentant și consemnat în scris, sub semnătură;
b) încălcarea de către furnizorul de servicii sociale a prevederilor legale cu privire la serviciile sociale dacă este invocată de beneficiar;
c) retragerea autorizației de funcționare sau acreditării furnizorului de servicii sociale;
d) limitarea domeniului de activitate pentru care furnizorul de servicii sociale a fost acreditat, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiar;
e) schimbarea obiectului de activitate al furnizorului, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiar.

13. Încetarea contractului

Constituie motiv de încetare a contractului următoarele:

a) expirarea duratei pentru care a fost încheiat contractul;
b) acordul părților privind încetarea contractului;
c) scopul contractului a fost atins;
d) lipsa fondurilor necesare susținerii furnizării în condiții optime a serviciilor sociale contractate;
e) forța majoră, dacă este invocată.

[20] În funcție de natura serviciilor sociale oferite de către furnizorul de servicii sociale, părțile contractuale pot reveni asupra daunelor care se vor plăti de către părțile responsabile

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

14. Dispoziții finale

14.1. Părțile contractate au dreptul pe durata îndeplinirii contractului, de a conveni modificarea clauzelor contractului prin act adițional numai în cazul apariției unor circumstanțe care lezează interesele legitime ale acestora și care nu au putut fi prevăzute la data încheierii contractului.

14.2. Prevederile prezentului contract se vor completa cu prevederile legislației în vigoare în domeniu.

14.3. Limba care guvernează contractul este limba română.

14.4. Contractul va fi interpretat conform legilor din România.

14.5. Furnizorul de servicii sociale realizează monitorizarea și evaluarea serviciilor sociale acordate.

14.6. Măsurile de implementare a planului individualizat de asistență și îngrijire se comunică Direcției de Asistență Socială, conform legii.

14.7. Pe baza raportului cu privire la rezultatele implementării planului individualizat de asistență și îngrijire, Direcția de Asistență Socială va monitoriza activitatea furnizorului de servicii sociale.

14.8. Beneficiarul își dă acordul privind depunerea unui exemplar din prezentul contract la Direcția de Asistență Socială Iași, fără a se încălca astfel principiul confidențialității.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor sociale a fost încheiat la sediul Furnizorului de servicii sociale/domiciliul Beneficiarului în 2(două) exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

O copie a acestui contract va fi transmisă Direcției de Asistență Socială de către Furnizorul de Servicii Sociale.

Localitatea: Iași
Data: 27.06.2009
Furnizor de servicii sociale, Asociația Alternative Sociale

Asistent social,
(numele persoanei/persoanelor autorizate să semneze)

Beneficiar,
(numele și prenumele persoanei)
Popovici Flavian

Semnătura:

Semnătura:

BCU IASI CENTRUL UNIVERSITAR

I.4.5. ANCHETA SOCIALĂ

Realizată de asistenții sociali: (nume și prenume)
Locul și data: Iași - 20.06.2009
Persoane prezente: Popovici Flavian - beneficiar, (nume și prenume) - asistent social și (nume și prenume) - asistent social.

A. Date de identificare a beneficiarului
Nume și prenume: Popovici Flavian
Locul și data nașterii: Comuna Victoria, sat Victoria, 01.04.1949
CNP: 1490104xxxxx1 B.I.: G.R. 532xxx
Domiciliul legal: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iași
Domiciliul în fapt: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iași
Stare civilă: căsătorit
Studii: liceu Ocupația: casnic
Etnia: română Religia: ortodoxă

B. Date despre familie:
Date despre soț/ soție:
Nume și prenume: Popovici Margareta
Locul și data nașterii: Comuna Rediu, sat Rediu, 05.03.1954
CNP: 2540305xxxxx2 B.I.: M.N. 600xxx
Domiciliul legal: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iași
Domiciliul în fapt: Italia
Stare civilă: căsătorită
Studii: liceu Ocupația: menajeră
Etnia: română Religia: ortodoxă
Date despre copii:

Nr. crt.	Nume și prenume	Vârsta	Ocupația	Domiciliul	Observații
1.	Popescu Mădălina	30 ani	vânzătoare	Iași	Principala persoană resursă pentru dl Popovici
2.	Popovici Ioan	25 ani	muncitor construcții	Anglia	Plecat de aproximativ 2 ani

Date despre alte persoane care locuiesc la aceeași adresă: - dl Popovici locuiește singur

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

C. Istoricul social al beneficiarului

Clientul s-a născut în comuna Victoria, sat Victoria, în anul 1949. În 1979 s-a căsătorit cu Popovici Margareta. În urma căsniciei au rezultat doi copii: Popescu Mădălina, 30 ani, căsătorită cu Popescu Cătălin care locuiește în Iași (cei doi au un băiat de 3 ani) și Popovici Ioan, 25 ani, necăsătorit, plecat în Anglia de aproximativ 2 ani.

Clientul a fost angajat ca lucrător comerciant la o firmă privată până în anul 2004 când au început problemele de sănătate. Tot în anul 2004 cei doi soți au încercat să înceapă o afacere: un magazin mixt.

Datorită problemelor financiare mari, a falimentării magazinului, doamna Popovici a decis să plece la muncă în străinătate fără acordul soțului său.

În prezent beneficiarul locuiește singur și este ajutat în administrarea gospodăriei de fiica sa (menajul casei, aprovizionare alimente, plăți facturi, etc.). Soția clientului îl susține financiar pe acesta: trimite lunar 200 Euro pentru cheltuielile din gospodărie și pentru medicamente.

D. Starea de sănătate

Începând cu anul 2005 starea de sănătate a clientului s-a înrăutățit, fiind diagnosticat cu: diabet zaharat tip II, HTA, hernie de disc L4-L5.

Din anul 2006 este diagnosticat cu lombosciatică L4 drept algo-paretică restantă, iar în anul 2007 a suferit o intervenție chirurgicală pentru hernie de disc L3-L5.

În urma operației starea de sănătate a domnului Popovici s-a agravat, acesta fiind diagnosticat cu scleroză laterală amitrofică, parapareză spastică, discopatie lombară operată.

În momentul de față domnul Popovici urmează tratament medicamentos pentru afecțiunile menționate. Domnul Popovici nu are asigurare medicală deoarece nu realizează niciun venit, toate costurile tratamentelor și intervențiilor fiind acoperite de către soția sa.

E. Situația materială/ financiară

Locuința

Proprietate personală: ■ da; □ nu Numărul de camere: 3

■ Electricitate ■ Apă curentă ■ Încălzire ■ Telefon

Starea de igienă: ■ Satisfăcătoare □ Nesatisfăcătoare

Suprafață de teren cultivată (tipul culturii): nu deține

Animale: nu este cazul

Alte proprietăți: o casă în comuna Rediu, județul Iași

Venituri

Stabile: 200 Euro – sunt trimiși lunar de către soția sa din Italia.

Ocazionale: 100 Euro – trimiși în caz de urgență de fiul său.

F. Relațiile în familie și comunitate

Relații în familie:

Relațiile de cuplu s-au tensionat după plecarea soției în Italia. Pe perioada plecării soției la muncă în străinătate, frecvența comunicării dintre cei doi soți s-a redus: cei doi vorbesc la telefon cam o dată pe lună.

Beneficiarul are o relație bună și pozitivă cu fiica sa, aceasta îl vizitează des, de 3 ori pe săptămână și îl ajută la activitățile vieții de zi cu zi. Clientul nu are o relație bună cu ginerele său și din acest motiv acesta vine rar în vizită.

Fiul clientului menține legătura telefonic cu acesta cam o dată pe lună, iar în cazuri de urgență îi trimite bani.

Relații în comunitate:

Din cauza mobilității reduse, domnul Popovici are interacțiuni sociale foarte puține, acesta se reduce doar la convorbiri telefonice cu fiica (zilnic), fiul și soția (lunar). Interacțiunile cu vecinii sunt reduse și se rezumă doar la un simplu salut. Clientul refuză să apeleze la vecini pentru realizarea cumpărăturilor sau alte servicii și nu frecventează alte grupuri sociale.

Clientul își găsește puține resurse pentru a face față problemelor cu care se confruntă (situația medicală, lipsuri materiale, singurătatea ca urmare a separării de soție și fiu, plecați la muncă în străinătate).

G. Observații

Clientul dezvoltă sentimente de gelozie față de soția sa, suspectând-o pe aceasta că ar avea o relație extraconjugală în țara în care lucrează.

Sunt situații în care clientul refuză sprijinul fiicei.

H. Concluzii și recomandări

Pentru a optimiza situația clientului recomandăm:

- Oferirea unui sprijin material pentru asigurarea alimentelor, având în vedere faptul că vârstnicul nu are un venit propriu;
- Informarea vârstnicului cu privire la obținerea asigurării medicale;
- Consiliere suportivă pentru depășirea stării de singurătate;
- Consiliere juridică pentru posibilitatea obținerii pensiei de invaliditate;
- Vizite din partea voluntarilor.

Asistenți sociali: *(nume și prenume, semnătura)*

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.6. GRILA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A NEVOILOR PERSOANELOR VÂRSTNICE

Fișă de evaluare sociomedicală

(geriatrică)

Nr. Fișei: 73
Data luării în evidență: 19.06.2009
Data evaluării: 25.06.2009

I. PERSOANA EVALUATĂ

Numele: Popovici E. Prenumele: Flavian
Data și locul nașterii: 01.04.1949, sat Victoria, Comuna Victoria, județul Iași
Vârsta: 60 ani
Adresa: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iași
Telefon: 0232/xxxxxx
Fax: nu este cazul; Email: nu este cazul;
Profesia: lucrător comerciant, Ocupația: fără ocupație
Studii:

- □ fără studii
- □ primare
- □ gimnaziale
- ■ liceale
- □ universitare

Carte de identitate: C.I seria GR nr. 532xxx; Cod numeric personal: 1490104xxxxx1
Cupon pensie (dosar pensie) nr.: Nu are pensie.
Dosar (cupon) persoană cu handicap nr.: Nu are.
Carnet asigurări de sănătate nr., seria: Nu are.
Sex:

- □ feminin
- ■ masculin

Religie: Ortodoxă
Starea civilă:

- □ necăsătorit
- ■ căsătorit la data: 1979
- □ văduv/ă de la data de: _____
- □ divorțat/ă la data de: _____
- ■ despărțit în fapt de la data de: 2006

Copii:

- ■ da
- □ nu

BCU "CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY"

Dacă da înscrieți numele, prenumele, adresa telefonul
1. Popescu Mădălina – Iași, 0332/ 7xx xxx
2. Popovici Ioan – Anglia

II. REPREZENTANTUL LEGAL – Nu este cazul.
Numele: _____
Prenumele: _____
Calitatea:
- □ Soț/soție
- □ Fiu/fiică
- □ Rudă
- □ Alte persoane

Data și locul nașterii: _____ Vârsta: _____
Adresa: Str. _____ Nr. _____ Bl. ____ Sc. ____ Et. ____ Ap. _____
Localitatea: _____ Județul _____ Codul poștal _____
Telefon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

III. PERSOANA DE CONTACT ÎN CAZ DE URGENȚĂ
Numele: Popescu Prenumele: Mădălina
Data și locul nașterii: 03.05. 1979, Iași Vârsta: 30 ani
Adresa: Str. Narciselor nr. 3, Bl. C, Sc. A, Et.3, ap.2, Iași
Telefon: 0332/ 7xxxxx; Fax: nu este cazul; E-mail: nu este cazul.

IV. EVALUAREA SOCIALĂ
A. Locuință
- □ casă
- ■ apartament bloc
- □ alte situații

Situată:
- □ la parter
- ■ etaj – 8
- ■ lift

Se compune din:
- nr. camere: 3
- bucătărie ■; baie ■; duș ■
- toaletă
  - ■ situată în interior
  - □ situată în exterior
- încălzire:
  - ■ fără
  - □ centrală
  - □ cu lemne/cărbuni

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

□ gaze
□ cu combustibil lichid

• apă curentă
■ da / □ nu
■ rece
□ caldă
□ alte situații

Condiții de locuit:

• Luminozitate
■ adecvată
□ neadecvată

• Umiditate
■ adecvată
□ igrasie

• Igiena
■ adecvată
□ neadecvată

Locuința este prevăzută cu:

■ aragaz, mașină de gătit
■ frigider
□ mașină se spălat
■ radio/televizor
□ aspirator

Concluzii privind riscul ambiental:

Riscul ambiental este scăzut deoarece mobilitatea vârstnicului este redusă și nu au existat modificări ambientale pentru nevoile locomotorii reduse ale acestuia.

Mobilierul este vechi, dar îngrijit. Acesta nu este modificat pentru nevoile vârstnicului, cum ar trebui sa fie: prevăzut cu rotile pentru a putea fi mutat cu ușurință, patul să aibă o latură mobilă pentru ca persoana să fie ridicată sau mutată.

Apartamentul are aparatură electronică: televizor, radio, telefon. Este prevăzut cu ferestre mari deci luminozitate adecvată.

Baia este situată lângă camera unde doarme vârstnicul și este prevăzută cu duș, chiuvetă situată la nivel mediu și fără alte facilități sau modificări pentru ca vârstnicul să aibă acces ușor și rapid la obiectele de igienă corporală.

B. Rețea de familie

Trăiește:

■ singur/ă de la data de: 12.05.2006
□ cu soț/soție de la data de: _____
□ cu copii de la data de: _____

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

□ cu alte rude de la data de: _____
□ cu alte persoane de la data de: _____
Lista cuprinzând persoanele cu care locuiește – clientul locuiește singur.
(numele, prenumele, calitatea, vârsta):
este compatibil da □ nu □
este compatibil da □ nu □

- una dintre persoanele cu care locuiește este:
  - □ bolnavă
  - □ cu dizabilități/handicap
  - □ dependentă de alcool
- este ajutat de familie: da [x] nu [ ]
  - ■ cu bani
  - ■ cu mâncare
  - ■ activități de menaj
- relațiile cu familia sunt:
  - ■ bune - cu fiul
  - ■ cu probleme – relațiile sunt tensionate cu soția, fiica și ginerele
  - □ fără relații
- există risc de neglijare: da □ nu ■
- abuz: da □ nu ■

dacă da, specificați:
_____
_____

C. Rețea de prieteni, vecini

- Are relații cu prietenii, vecinii:
  - ■ da (cu un prieten – telefonic)
  - □ nu
  - □ vizite
  - □ relații de întrajutorare
- Relațiile sunt:
  - ■ permanente
  - ■ rare (este vizitat lunar de prietenul său Ionescu Vasile)
- Frecventează:
  - □ un grup social
  - □ biserica
  - □ altele

Specificați: _____
_____

BCU/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

· Înscrieți numele și prenumele prietenilor și/sau vecinilor cu care întreține relații bune și de întrajutorare, grupuri sociale:
Ionescu Vasile - fost coleg de serviciu și prieten mai vechi.

• Este ajutat de prieteni, vecini pentru:
  □ cumpărături
  □ activități de menaj
  ■ deplasare în exterior (rar)
• Participă la:
  □ activități ale comunității
  □ activități recreative
• comunitatea îi oferă un anumit suport: da □; nu ■
dacă da, specificați: _____

V. EVALUAREA SITUAȚIEI ECONOMICE

• venit lunar propriu reprezentat de:
  □ pensie de asigurări sociale de stat _____
  □ pensie pentru agricultori _____
  □ pensie I.O.V.R.[21] _____
  □ pensie pentru persoană cu handicap _____
• alte venituri: 200 euro lunar de la soție și 100 euro de la fiu (în caz de urgență)
• venitul global: 200 Euro
• bunuri mobile și imobile aflate în posesie: apartamentul proprietate personală, format din 3 camere și utilitățile cu care este dotat.

VI. EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE

A. Diagnostic prezent

1. diabet zaharat tip II;
2. hiper tensiune arterială;
3. lombosciatică L4 drept algo-paretică restantă;
4. hernie de disc L3-L5;
5. scleroză laterală amiotrofică;
6. parapareză spastică;
7. discopatie lombară operată.

B. Starea de sănătate prezentă:

• antecedente familiale relevante: nu există;
• antecedente personale: operație de hernie de disc;
• tegumente și mucoase (prezența ulcerului de decubit, plăgi, etc.): nu există;
• aparat locomotor (se evaluează și mobilitatea și tulburările de mers): _____

[21] Pensii acordate pentru invalizi, orfani și văduve de război.

BCU IASI - SITPA - UNIVERSITY LIBRARY

mobilitatea foarte scăzută în urma intervenției chirurgicale pentru hernie de disc, tulburări de mers;

- aparat respirator (frecvența respiratorie, tuse, expectorație, dispnee): dispnee;
- aparat cardiovascular (TA, AV, puls, dureri, dispnee, tulburări de ritm, edeme, tulburări circulatorii periferice, etc.): hiper tensiune arterială, dureri în zona cordului, tulburări de ritm, tulburări circulatorii periferice, hipertensiune arterială, dispnee;
- aparat digestiv (dentiție, grețuri, dureri, meteorism, tulburări de tranzit intestinal - prezența incontinenței anale; se evaluează și starea de nutritie): nu este cazul;
- aparat urogenital (dureri, tulburări de micțiune - prezența incontinenței urinare etc., probleme genitale): nu sunt;
- organe de simț (auz, văz, gust, miros, simț tactil): tulburări de vedere;
- examen neuropsihic (precizări privind reflexele, tulburări de echilibru, prezența deficitului motor și senzorial, crize jacksoniene etc.): tulburări de echilibru uneori și deficit motor.

C. Investigații paraclinice relevante (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei):
Analize de sânge, urocultură - Buletin analize medicale nr. 6045/2009;
Radiografie coloană vertebrală - Bilet ieșire Spitalul de Urgență nr. 19674/2009;
Electrocardiogramă - Bilet ieșire Spitalul de Recuperare nr. 61209/2009.

D. Recomandări de specialitate privind tratamentul igienico-terapeutic și de recuperare (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei - bilete de externare, rețete și/sau fișa medicală din spital, policlinică, cabinet medicina de familie):
Se recomandă: tratamente conform rețetelor prescrise, regim dietetic hiposodat și hipolipidic, fizioterapie, kinetoterapie și balneoterapie. Sunt contraindicate: efortul fizic, mersul prelungit și pe teren accidentat și expunerea la frig și umezeală.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

VII. EVALUAREA GRADULUI DE DEPENDENȚĂ

Criteriile de încadrare în grade de dependență		Nu necesită supraveghere, ajutor	Necesită supraveghere temporară și/sau parțială.	Necesită supraveghere permanentă și/sau integral.
EVALUAREA AUTONOMIEI		0	1	2
A. Evaluarea statusului funcțional				
A.I. Activități de bază ale vieții de zi cu zi				
1	Igienă corporală (toaleta generală, intimă, specială)	**Autonom 0**	Ajutor parțial.	Se realizează numai cu ajutor.
2	Îmbrăcat/dezbrăcat (posibilitatea de a se îmbraca, de a se dezbrăca, de a avea un aspect îngrijit)	**Autonom 0**	Autonom și/sau parțial autonom pentru îmbrăcat; trebuie încălțat.	Se realizează numai cu ajutor.
3	Alimentație (posibilitatea de a se servi și de a se hrăni singur)	**Mănâncă singur 0**	Ajutor pentru tăiat carne, fructe, pâine etc.	Se realizează numai cu ajutor.
4	Igiena eliminărilor (continență)	**Autonom 0**	Incontinență ocazionala.	Incontinent
5	Mobilizare (trecerea de la o pozitie la alta – ridicat-așezat, așezat-culcat etc).	Autonom	**Necesită ajutor. 1**	Grabatar
6	Deplasare în interior (deplasare în interiorul camerei în care trăiește, cu sau fără baston, cadru, scaun rulant etc.).	**Autonom 0**	Se deplasează cu ajutor parțial.	Nu se deplasează fără ajutor.
7	Deplasare în exterior (deplasarea în exteriorul locuinței fără mijloace de transport).	Autonom	**Se deplasează cu ajutor parțial. 1**	Nu se deplasează fără ajutor.
8	Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță în scopul de a alerta: telefon, alarmă, sonerie etc).	**Utilizare normală a mijloacelor de comunicare. 0**	Nu utilizează în mod spontan mijloacele de comunicare.	Incapabil de a utiliza mijloacele de comunicare.
A.II. Activități instrumentale				
1	Prepararea hranei (capacitatea de a-și prepara singur mâncarea).	Prevede, prepară și servește mesele în mod normal.	**Necesită ajutor parțial pentru prepararea și servirea mesei. 1**	Masa îi este preparată și servită de altă persoană.
2	Activități de menaj (efectuarea de activități menajere: întreținerea casei, spălatul hainelor, spălatul vaselor etc.).	Efectuează singur activitățile menajere.	**Efectuează parțial activități ușoare. 1**	Incapabil să efectueze activități menajere, indiferent de activitate.

3	Gestiunea și administrarea bugetului și a bunurilor (gestionează propriile bunuri, bugetul, știe să folosească banii etc).	**Gestionează în mod autonom finanțele proprii.** **0**	Necesită ajutor pentru operațiuni financiare mai complexe.	Incapabil de a-și gestiona bunurile și de a utiliza banii.
4	Efectuarea cumpărăturilor (capacitatea de a efectua cumpărăturile necesare unui trai decent).	Efectuează singur cumpărăturile.	**Poate efectua un număr limitat de cumpărături și/sau necesită însoțitori.** **1**	Incapabil de a face cumpărături.
5	Respectarea tratamentului medical (posibilitatea de a se conforma recomandărilor medicale).	**Ia medicamentele în mod corect (dozaj și ritm).** **0**	Ia medicamentele dacă dozele sunt preparate separat.	Incapabil să ia singur medicamentele.
6	Utilizarea mijloacelor de transport (capacitatea de a utiliza mijloacele de ransport).	Utilizează mijloacele de transport public sau conduce propria mașină.	Utilizează transportul în comun numai însoțit.	**Se deplasează puțin numai însoțit, în taxi sau mașină.** **2**
7	Activități pentru timpul liber (persoana are activități culturale, intelectuale, fizice etc – solitare sau în grup).	Le realizează în mod curent.	Le realizează rar, fără participare spontană.	**Nu realizează și nu participă la astfel de activități.** **2**
B. Evaluarea statusului senzorial și psihoafectiv				
1	Acuitate vizuală	Suficient de bună pentru a citi, a scrie, a lucra manual etc.	**Distinge fețele, vede suficient pentru a se orienta și a evita obstacolele.** **1**	Vede numai umbre și lumini: cecitate.
2	Acuitate auditivă	**Aude bine.** **0**	Aude numai vocea puternică sau aude numai cu proteză.	Surditate sau aude sunetele, dar nu înțelege cuvintele.
3	Deficiență de vorbire	Fără	Disfazie, voce de substituție, altele.	**Afazie** **2**
4	Orientare	**Orientat în timp și în spațiu.** **0**	Dezorientat în timp	Dezorientat în spațiu și/sau față de alte persoane.
5	Memoria	**Fără tulburări de memorie** **0**	Prezintă tulburări medii, benigne.	Prezintă tulburări severe, maligne.
6	Judecată	**Intactă** **0**	Diminuată	Grav alterată
7	Coerență	**Păstrată în totalitate** **0**	Păstrată parțial	Incoerență

BCU IAȘI/CENTRUL UNIVERSITAR LIBRARY

8	Comportament	**Normal** **0**	Prezintă tulburări medii (hipoactiv, hiperactiv etc.)	Prezintă tulburări grave.
9	Tulburări afective (prezența depresiei)	Fără	Depresie medie	**Depresie majoră** **2**

NOTĂ:

Pentru fiecare activitate evaluată se identifică trei posibilități:

0 - activitate făcută fără ajutor, în mod obișnuit și corect;
- nu necesită supraveghere și ajutor.

1 - activitate făcută cu ajutor parțial și/sau mai puțin corect;
- necesită supraveghere temporară și/sau ajutor parțial.

2 - activitate făcută numai cu ajutor;
- necesită supraveghere permanentă și/sau ajutor integral.

Evaluarea statusului funcțional și psihoafectiv se realizează avându-se în vedere condiția obligatorie de integritate psihică și mentală a persoanei pentru a fi aptă să efectueze activitățile de bază și instrumentale ale vieții de zi cu zi.

VIII. REZULTATELE EVALUĂRII

Autonomie: 14 puncte;

Dependență: I – 6 puncte;

II – 8 puncte;

A. Nevoile identificate:

1. Nevoi ale statusului funcțional:

- nevoi de ajutor parțial și supraveghere temporară în: îndeplinirea activităților instrumentale: efectuarea cumpărăturilor, prepararea hranei, activități de menaj.
- nevoi de ajutor integral în: activități pentru timp liber și în utilizarea mijloacelor de transport.

2. Nevoi ale statusului senzorial și psihoafectiv:

- acuitate vizuală (poartă ochelari);
- deficiență de vorbire;
- depresie majoră.

B. Gradul de dependență:

■ gradul IIIA - persoanele care se deplasează singure în interiorul locuinței, se alimentează și se îmbracă singure, dar care necesită un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi.

BCU "SPIRU HARET" UNIVERSITY LIBRARY

IX. SERVICII SOCIALE ŞI SOCIOMEDICALE (DE ÎNGRIJIRE) APTE SĂ RASPUNDĂ NEVOILOR IDENTIFICATE:

- Servicii de asigurare a hranei şi suplimentelor nutritive (prepararea, servirea şi distribuirea hranei).
- Servicii medicale.
- Consiliere psihologică şi de informare atât a familiei cât şi asistaților privind problematica socială (probleme psihologice, probleme familiale).
- Activități cultural-educative şi de socializare.
- Implicare în activitățile comunității religioase din care face parte.

X. DORINȚELE PERSOANEI VÂRSTNICE EVALUATE - Să rămână la domiciliu.

XI. DORINȚELE ÎNGRIJITORILOR DIN REȚEAUA INFORMALĂ (RUDE, PRIETENI, VECINI).

Fiica beneficiarului consideră că cel mai bine este ca tatăl ei să fie îngrijit la domiciliu.

XII. OFERTA LOCALĂ DE SERVICII POATE ACOPERI URMĂTOARELE NEVOI IDENTIFICATE:

- Instituții cu regim de asistență temporară pot oferi servicii medicale generale şi de specialitate necesare afecțiunilor clientului;
- Serviciul public de asistență socială (Direcția de Asistență Comunitară)- oferă ajutor financiar pentru situații de urgență;
- Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Drepturilor Copilului (DGASPC)- oferă servicii sociale pentru persoane adulte aflate în dificultate şi servicii de expertiza medicală;
- Casa Județeană de Pensii şi Alte Asigurări Sociale - oferă servicii de expertiza medicală şi obținerea pensiei de invaliditate;
- ONG-uri care să răspundă nevoilor beneficiarului, acestea oferă: servicii medicale, servicii de socializare, consiliere psihologică, consiliere juridică şi servicii de menaj.

XIII. CONCLUZII

Evaluarea sociomedicală a vârstnicului demonstrează gradul de dependență III A şi prin urmare necesită să fie îngrijit la domiciliu. Este vârstnic singur deoarece soția este plecată la muncă în străinătate. Clientul nu beneficiază de asigurare medicală, starea de sănătate este precară, se deplasează cu dificultate pe distanțe mici şi nu are venit propriu. Soția este cea care îl ajută financiar şi fiica îl ajută la desfăşurarea activităților de zi cu zi.

BCU "IOAN SLAVICI" UNIVERSITY LIBRARY

Clientul refuză să apeleze la vecini pentru realizarea cumpărăturilor sau alte servicii și nu frecventează alte grupuri sociale. Clientul este vizitat ocazional de un prieten.

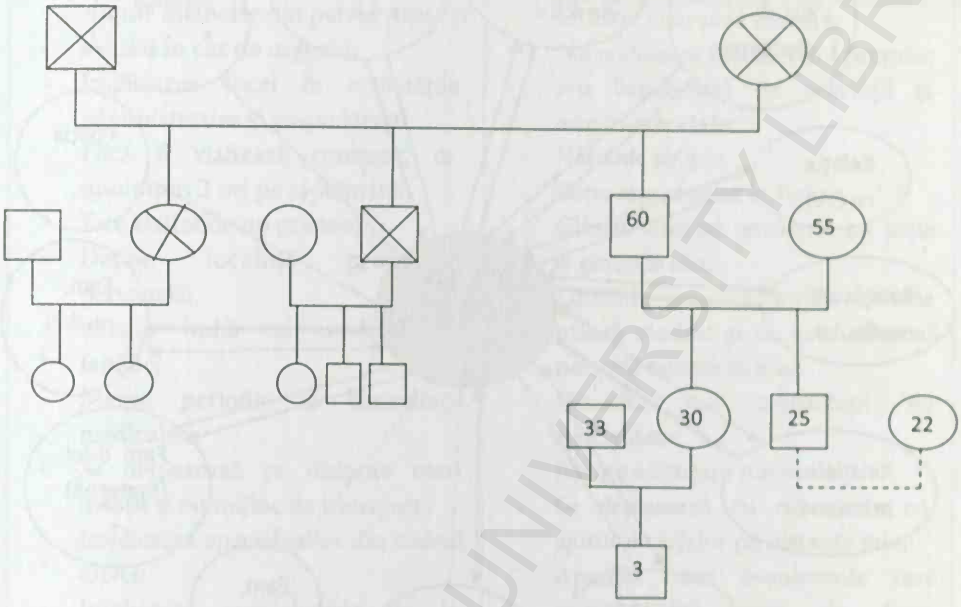
Persoana evaluată: Popovici Flavian Semnătura: _____
Familia:
Fiu/Fiica: Popescu Mădălina Semnătura: _____

XIV. ECHIPA DE EVALUARE

- Medic *(nume, prenume, specialitatea, unitatea la care lucrează, adresa, telefon, semnătura);*
- Asistent social *(nume, prenume, specialitatea, unitatea la care lucrează, adresa, telefon, semnătura);*
- Asistent social *(nume, prenume, specialitatea, unitatea la care lucrează, adresa, telefon, semnătura);*
- Alte persoane din echipa de evaluare *(nume, prenume, specialitatea, unitatea la care lucrează, adresa, telefon, semnătura).*

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.7. GENOGRAMA

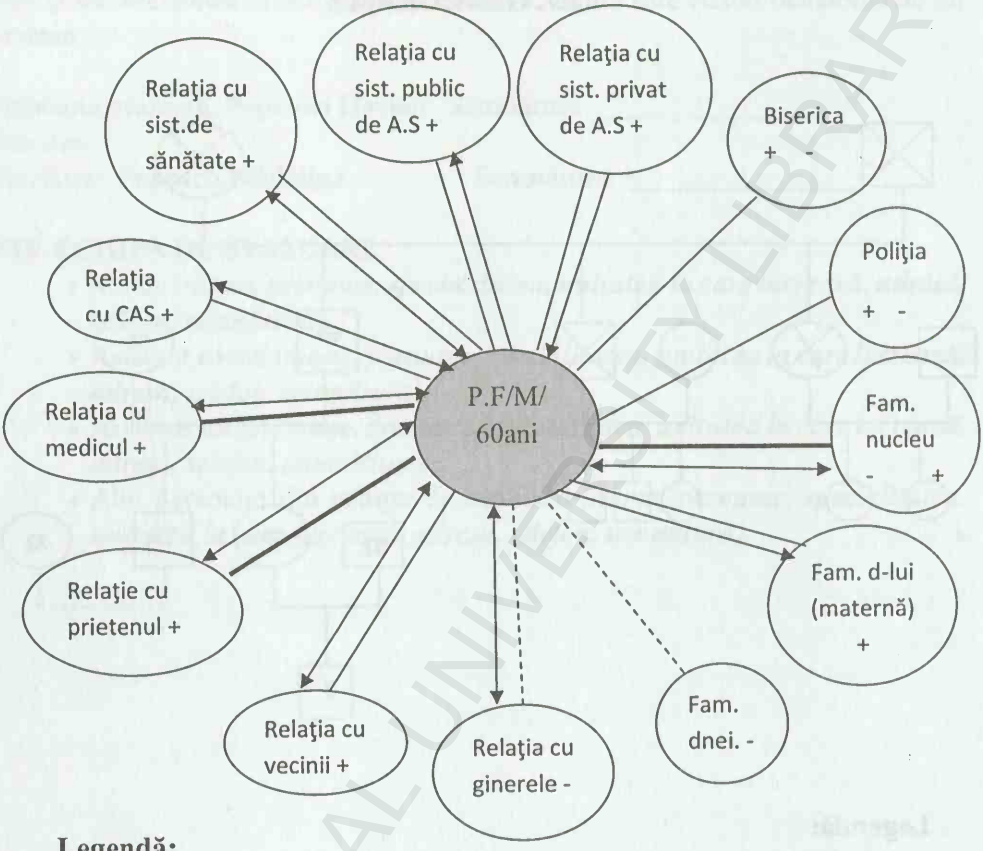


Legendă:

- bărbat;
- femeie;
- bărbat decedat;
- femeie decedată
- relație tranzitorie (concubinaj)
- căsătorie

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.8. HARTA ECO



Legendă:

Relaţie echilibrată

Relaţie puternică

Relaţie stresantă

Relaţie unilaterală

Relaţie bilaterală

Relaţie încordată

\+ relaţie pozitivă

– relaţie negativă; + - relaţie neutră.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.9. ANALIZA CÂMPULUI DE FORȚE[22]

(+) Forțe pozitive →	(-) Forțe negative ←
- Ajutor financiar din partea soției și a fiului în caz de urgență; - Implicarea fiicei în activitățile administrative și gospodărești; - Fiica îl vizitează constant, de minimum 2 ori pe săptămână; - Este vizitat de un prieten; - Deține locuință proprietate personală; - Relație bună cu medicul de familie; - Merge periodic la consultații medicale; - Se deplasează pe distanțe mari însoțit și cu mijloc de transport; - Implicarea specialiștilor din cadrul ONG; - Implicarea specialiștilor de la Direcției de Asistență Comunitară în oferirea unui sprijin material în caz de urgență; - Internarea în spital pentru investigații medicale; - Obținerea pensiei de invaliditate.	- Situație materială precară; - Nu realizează niciun venit propriu; - Nu beneficiază de prestații și asigurări sociale; - Vârstnic singur; - Soția este plecată în Italia; - Climat familial tensionat cu soția și ginerele său; - Locuința nu are încălzire, este utilată modest și nu este adaptată nevoilor beneficiarului; - Necesită noi consultații de specialitate; - Nu are asigurare medicală; - Se deplasează cu dificultate cu ajutorul cârjelor pe distanțe mici; - Apariția unor evenimente care necesită o sumă de bani consistentă; - Apariția unor neînțelegeri cu fiica; - Apariția unor noi responsabilități care să intervină în aplicarea planului; - Imposibilitatea soției să susțină financiar beneficiarul; - Apariția unor noi probleme medicale; - Îngreunarea procesului de obținere a unor drepturi de asigurări sociale.

Concluzii ale analizei câmpului de forțe[23]

[22] Un alt instrument de analiză strategică, flexibil și ușor de aplicat este analiza SWOT. Aceasta permite evaluarea mediului pentru identificarea punctelor forte și a punctelor slabe, a posibilităților și a riscurilor. Scopul analizei SWOT este de a realiza un plan strategic sau de a găsi o soluție la o problemă, luând în considerare factorii interni și externi (Pivniceru și Luca, 2007, p.60).

[23] Analiza câmpului de forțe se realizează pentru structurarea resurselor clientului și pentru transformarea punctelor slabe în forțe generatoare de progres. Acestea se identifică astfel încât să fie mobiliza-

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

În tabelul câmpului de forțe realizat pentru dl. Flavian se poate observa cum forțele negative (problemele: financiare, sociale, medicale, psihologice și juridice) sunt contracarate de forțele pozitive (resurse: ajutor financiar din partea soției și a fiului, implicarea fiicei în activitățile zilnice, socializare cu un prieten, existența medicului de familie, implicarea specialiștilor din domeniul social) pentru prevenirea marginalizării sociale a clientului și reintegrarea sa socială cu scopul îmbunătățirii calității vieții.

te în vederea rezolvării problemei/ problemelor. Tabelul câmpului de forțe se poate modifica în timp, pe măsură ce se înregistrează schimbări în rezolvarea cazului.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.10. MATRICEA CICLULUI DE VIAȚĂ

	Vârsta membrilor familiei									
Membrii familiei	0 - 1	2 - 4	5 - 7	8 - 12	13 -17	18 -22	23 -34	35 - 60	61 -75	76-85
P.F. (client)								X_r^n		
P.M. (soție)								X_r^n		
P.M. (fiică)							X_r^n			
P.I (fiu)							X_r^n			
P.C. (ginere)							X_r^n			
P.V. (nepot)		X_r^n								

Legendă:
X – stadiul de dezvoltare
n – nevoi
r – resurse

P.F. (client) (35 - 60)
- nevoi: financiare, materiale, socializare, afecțiune, medicale, sprijin în efectuarea activităților de menaj și prepararea hranei;
- resurse: soția, copii, familia extinsă (ginere), servicii sociale, servicii medicale.

P.M. (soție) (35 - 60)
- nevoi: financiare, medicale, realizare;
- resurse: un loc de muncă în străinătate;

P.M. (fiică) (23 -34)
- nevoi: financiare, suport moral, afecțiune, realizare, timp cu familia ei;
- resurse: familia, cercul de prieteni, servicii sociale, servicii medicale, serviciu;

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

P.I. (fiu) (23 -34)
- nevoi: financiare, suport moral, afecțiune, realizare;
- resurse: familia, cercul de prieteni, servicii sociale, servicii medicale, lucrează în străinătate, iubita sa;

P.C. (ginere) (23 -34)
- nevoi: financiare, suport moral, afecțiune, realizare, timp cu familia ;
- resurse: familia, cercul de prieteni, servicii sociale, servicii medicale, serviciu;

P.V. (nepot) (2-4)
- nevoi: materiale, educație, alimentație, timp cu părinții, timp cu bunicii, timp cu grupul de egali, afecțiune, medicale ;
- resurse: familia, cercul de prieteni al părinților, servicii sociale, servicii medicale, instiuții cu profil educativ, alocația pentru creșterea copilului.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.11. PLAN INDIVIDUALIZAT DE ÎNGRIJIRE ȘI ASISTENȚĂ (PIIA)

Data realizării/ revizuirii : 29.06.2009
Nr. de înregistrare al cazului: 73/19.06.2009

A. DATE DESPRE CAZ

- Numele și prenumele beneficiarului: Popovici Flavian
- Data nașterii: 01.04.1949 Vârsta: 60 ani CNP: 1490104xxxxx1
- Reprezentantul legal și gradul de rudenie: Nu necesită reprezentant legal
- Adresa: Str. Florilor nr.2, bl. C1, sc. A, et. 8, ap. 2, Iași
- Motivul întocmirii/ revizuirii planului de servicii: Prevenirea marginalizării sociale a vârstnicului și reintegrarea socială a acestuia cu scopul îmbunătățirii calității vieții conform Lg. 17/2000
- Managerul de caz care asigură coordonarea metodologică a responsabilului de caz: (nume și prenume)
- Responsabil de caz: (nume și prenume)
- Membrii echipei și instituția din care provin: (nume și prenume)

B. PRESTAȚII

Tipul	Cuantumul/ cantitatea	Autoritatea locală/ Instituția/ ONG	Data începerii	Perioada de acordare
Sprijin material pentru alimente sub formă de tichete sociale	400 Lei	Asociația Alternative Sociale	02.07.2009	O singura dată

C.SERVICII PENTRU BENEFICIAR

Tipul	Instituția responsabilă	Obiective specifice	Data începerii	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă
Consiliere psihologică	Asociația Alternative Sociale	Consiliere pentru depășirea stării de depresie.	25.06.2009	25.06.2009 19.09.2009	Psiholog
Intermedierea relației fiică-client	Asociația Alternative Sociale	Acceptarea ajutorului din partea fiicei.	22.06.2009	Iunie-octombrie 2009	Asistent social
Intermedierea relațiilor cu Serviciul public de Asistență Socială	Asociația Alternative Sociale	Obținerea unui ajutor financiar pentru obținerea asigurării medicale temporare.	22.06.2009	Iunie-octombrie 2009	Asistent social

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Consiliere juridică	Cabinet de avocați	Consiliere juridică în vederea obținerii pensiei de invaliditate sau alte drepturi de asigurări sociale.	25.06.2009	Iunie - octombrie 2009	Jurist _____
Sănătate	Asociația Alternative Sociale Medicul de familie	Informarea fiicei și a clientului cu privire la demersul obținerii asigurării de sănătate. Internarea clientului în spital pentru noi investigații medicale de specialitate.	20.07.2009	Iulie - octombrie 2009	Asistent social _____ Medic de familie _____
Socializare	Asociația Alternative Sociale	Vizite săptămânale din partea unui voluntar.	26.07.2009	26.07.2009-19.09.2009	Coordonator voluntari _____ Asistent social _____

OBSERVAȚII legate de îndeplinirea obiectivelor:

- Disponibilitatea beneficiarului de a colabora ne ușurează îndeplinirea acestor obiective.
- Îndeplinirea obiectivelor propuse va fi influențată de starea de sănătate a beneficiarului.
- Posibilitatea întârzierii atingerii obiectivelor datorită faptului că se lucrează cu instituții a căror proceduri necesită un timp legal de soluționare a cererilor.
- Există resursele financiare și umane necesare bunei implementări a obiectivelor.
- Există susținere din partea familiei pentru atingerea obiectivelor.

Responsabil de caz *(numele și prenumele în clar și semnătura):*

Membrii echipei *(numele și prenumele în clar și semnătura):*

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.12. PROGRAMUL ŞI ORARUL ACTIVITĂȚILOR DESFĂŞURATE LA DOMICILIUL BENEFICIARULUI

Activitate	Interval orar	Persoană responsabilă	Perioada desfăşurării Săptămâna 10 august-16 august 2009						
			L	M	M	J	V	S	D
Consiliere psihologică	10:00- 11:00	Psiholog, _____							
Vizite din partea voluntarului	14:00-16:00	Coordonator voluntari, _____							
Activităţi administrative (curăţenie, gătit, spălat haine)	11:00-14:00	Fiica beneficiarului, _____							
Vizită la medicul de familie	15:00-16:00	Fiica beneficiarului, _____							

Data: 07.08.2009

Manager caz *(numele şi prenumele în clar şi semnătura):*

Responsabil de caz *(numele şi prenumele în clar şi semnătura):*

Beneficiar *(numele şi prenumele în clar şi semnătura):*

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.13. FIȘĂ DE EVIDENȚĂ A ADMINISTRĂRII MEDICAȚIEI *

Luna	Ziua	Da/ Nu*(2)	Medicament	Responsabilul administrării medicației	Semnătura responsabilului
Săpt.1* (1)	Luni		Insulină	Beneficiarul / Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Marți		Insulină	Beneficiarul / Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Miercuri		Insulină	Beneficiarul / Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
	Joi		Furosemid	Beneficiarul / Fiica beneficiarului	
			Insulină		
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Vineri		Insulină	Beneficiarul / Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Sâmbătă		Insulină	Beneficiarul / Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Duminica		Insulină	Beneficiarul / Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		

BCU IASI CENTRE UNIVERSITY LIBRARY

* Fișa de evidență a administrării medicației se întocmește atât pentru beneficiarii care își pot administra singuri medicația cât și pentru cei care necesită asistență în acest sens.

*(1) Evidența administrării medicației este valabilă pentru fiecare săptămână a lunii.

*(2) Dacă medicamentul este administrat în ziua respectivă, se va haşura căsuța corespunzătoare.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.14. PROGRAM INDIVIDUALIZAT DE RECUPERARE (PIR)

Obiective	Activități	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă
Recuperarea mobilității beneficiarului	Tratament kinetoterapeutic. Gimnastică medicală.	25.06.2009-19.07.2009 25.06.2009-19.09.2009	Personalul specializat
Adaptarea condițiilor de locuit conform nevoilor vârstnicului	Îndepărtarea pragurilor de la ușile interioare ale apartamentului. Adaptarea mobilierului din camera clientului: modificarea patului pentru a se putea ridica mai ușor; dotarea mesei cu rotile pentru a fi mutată mai ușor. Modificarea băii pentru evitarea riscului de accidente: instalarea unei cabine de duș; instalarea unui suport metalic.	25.06.2009-19.09.2009	Beneficiarul Fiica beneficiarului Soția beneficiarului Firma contractată
Creșterea mobilității în exteriorul locuinței	Achiziționarea unui fotoliu rulant.	25.06.2009-19.12.2009	Beneficiarul Fiica beneficiarului Soția beneficiarului Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Data: 23.06.2009

Manager caz *(numele și prenumele în clar și semnătura)*

Responsabil de caz *(numele și prenumele în clar și semnătura)*

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.15. PROGRAM DE INTEGRARE SOCIALĂ

Nr. înregistrare caz: 73/19.06.2009
Numele și prenumele beneficiarului: Popovici Flavian
Responsabil de caz: (nume și prenume)

Activitate(ți)	Instituția responsabilă	Obiective specifice	Data începerii	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă
Petrecere vârstnici	Asociația Alternative Sociale	Împărtășirea experienței de viață cu ceilalți beneficiari. Interacțiunea cu persoane de aceeași vârstă în vederea depășirii situației de dificultate.	18.12.2009	18.12.2009	Asistent social _____
Vizite ale voluntarilor	Asociația Alternative Sociale	Interacțiunea cu persoane tinere pentru socializare.	26.07.2009	26.07.2009-19.09.2009	Coordonator voluntari _____ Asistent social _____
Alte activități	Asociația Alternative Sociale	Identificare de activități culturale și campanii gratuite la care vârstnicul dorește să participe.	26.07.2009	26.07.2009-19.09.2009	Coordonator voluntari _____ Asistent social _____

Această anexă a fost întocmită în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte, în urma consimțământului beneficiarului.

Data: 29.06.2009 Semnătură responsabil de caz: Semnătură beneficiar:

BCU IAȘI/CONTENT UNIVERSITY LIBRARY

I.4.16. DECIZIE DE SISTARE A SERVICIILOR

Prin prezenta, Asociația Alternative Sociale cu sediul în Iași, (adresa), prin (nume și prenume), în calitate de asistent social, responsabil de caz, vă aduce la cunoștință faptul că va fi sistată acordarea de servicii psihosociale pentru beneficiarul Popovici Flavian, nr. de înregistrare al cazului: 73/19.06.2009, conform detaliilor următoare:

Data sistării serviciilor: 19.09.2009.

Motivul sistării serviciilor:

- Atingerea obiectivelor propuse împreună cu clientul în planul de servicii;
- Acordare sprijin material în tichete sociale cu o valoare de 400 lei;
- Consiliere psihologică;
- Intermedierea relațiilor cu Direcția de Asistență Comunitară nu a avut ca rezultat obținerea sprijinului financiar de urgență deoarece domnul primește o sumă de bani lunar din partea soției;
- Obținerea asigurării medicale;
- Internare spital;
- Consiliere juridică în vederea obținerii pensiei de invaliditate sau a altor drepturi de asigurări sociale;
- Realizarea dosarului pentru pensia de invaliditate;
- Activități de socializare.

Această decizie a fost întocmită în două exemplare, câte una pentru fiecare parte.

Data: 19.09.2009 Semnătură responsabil caz: Semnătură beneficiar:

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.17. FIȘĂ DE ÎNCHIDERE A CAZULUI

Subsemnatul(a), (nume și prenume), în calitate de asistent social, responsabil de caz, propun spre închidere cazul Popovici Flavian, beneficiar de servicii psihosociale pentru persoane vârstnice.

Clientul a beneficiat de următoarele servicii:

- A fost sprijinit pe o perioadă de 3 luni, timp în care a primit ajutor financiar constând în: tichete sociale în valoare de 400 Ron;
- Consiliere pentru: depășirea stării de depresie;
- Consiliere juridică: pentru obținerea pensiei de invaliditate sau alte drepturi de asigurări sociale;
- Intermediere: Direcția de Asistență Comunitară pentru obținerea ajutor în situație de urgență – nu s-a realizat deoarece domnul nu a îndeplinit criteriile de acordare;
- Alte servicii: Socializare – vizite săptămânale din partea unui voluntar al Asociației Alternative Sociale.

Cazul este închis din următoarele motive:

■ Atingerea obiectivelor - persoana vârstnică va fi monitorizată timp de 3 luni
□ Renunțarea clientului
□ Referirea către servicii similare
□ Necooperarea clientului
□ Schimbarea domiciliului legal al clientului
□ Alte situații – nu este cazul

Persoana de contact pentru urmărirea evoluției vârstnicului: Popescu Mădălina
Adresa de contact: Str. Narciselor nr.3, Bl. C, Sc. A, Et.3, ap.2, Iași
Tel: 0332/ 761xxx; Fax: – nu este cazul; Mobil: – nu este cazul;
E-mail: – nu este cazul.

Data închiderii cazului: 19.09.2009
Asistent social, responsabil de caz: *(nume și prenume)* Semnătura:

Supervizor: *(nume și prenume)* Semnătura:

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.4.18. FIȘĂ DE MONITORIZARE

Număr de înregistrare al cazului: 73/19.06.2009
Nume: POPOVICI Prenume: FLAVIAN
Data începerii asistenței: 19.06.2009
Data sistării asistenței: 19.09.2009

Observații referitoare la evoluția cazului:
În urma vizitei de monitorizare la domiciliul clientului s-au constatat următoarele lucruri:

- Clientul locuiește tot singur și este vizitat în continuare de fiica sa;
- A obținut pensia de invaliditate 500 Ron;
- Cu ajutorul fiicei și susținut financiar de soția sa a fost întocmit dosarul pentru fotoliu rulant electric prin intermediul Casei de Asigurări de Sănătate;
- În urma achiziționării fotoliului rulant domnul efectuează singur cumpărăturile, plătește utilitățile, se deplasează la instituții pentru a-și soluționa unele probleme și era mulțumit pentru că reușește singur să efectueze aceste lucruri;
- Socializare - după ce a obținut fotoliul rulant clientul a început să meargă în vizită la prietenul său;
- Starea de sănătate - s-a constat înrăutățirea stării de sănătate prin agravarea afecțiunilor legate de membrele inferioare și sistemul muscular, dar urmează medicația prescrisă și merge la medicul specialist;
- Relația cu soția - din declarațiile acestuia nu s-au îmbunătățit dar soția contribuie financiar cu bani pentru întreținere domnului deși acesta are venit propriu;
- Relația cu fiica - este pozitivă;aceasta este în continuare persoana resursă pentru beneficiar cu specificația că beneficiarul își plătește din facturi și mai face mici cumpărături pe care le efectua ea înainte ca acesta să aibă fotoliul rulant;
- Relația cu fiul - este pozitivă, menținută telefonic, de aproximativ 3 ori pe lună.

Propuneri: Închiderea cazului deoarece obiectivele planului de intervenție au fost atinse și evoluția vârstnicului este bună, cu excepția stării de sănătate care nu poate fi schimbată dar poate fi ținută sub control.

Data: 15.10.2009
Responsabil caz: *(nume și prenume)*
Semnătura:

BIBLIOGRAFIE:

1. Achenbaum, W. & Bengtson, V., „Re-engaging the disengagement theory of aging: On the history and assessment of theory development in gerontology", în *The Gerontologist*, nr. 34 (6), 1994;
2. Beresford, P. & Croft, S., *Citizen involvement. A Practical Guide for Change*, Macmillan Press LTD., Houndmills, 1993;
3. Blau, P., *Exchange and power in social life*, John Wiley and Sons, New York, 1964;
4. Cox, E., „Empowerment of low income elderly through group social work", în *Social work in groups*, nr. 39, 1988;
5. Cumming, E. & Henry, W., *Growing old. The Process of Disengagement*, Basic Books, New York, 1961;
6. Cumming, E., „Further thought on the theory of disengagement", în *International Social Science Journal*, nr. 15, 1963;
7. Cumming, E., „Engagement with old theory", în *Aging and Human Development*, nr. 6, 1975;
8. Dowd, J., *Stratification among the aged*, Brooks Cole, Monterey, 1980;
9. Epstein, L., *Helping People. The Task Centred Approach*, OH: Merrill, Columbus, 1988;
10. Estes, C. & Binney, E., „The biomedicalization of ageing: Dangers and dilemmas", în *The Gerontologist*, nr. 29, 1989;
11. Gîrleanu-Şoitu, D. T. & Rădoi-Ciurlică, M., *Sisteme de acțiune socială*, Editura Fundației Academice AXIS, Iași, 2008;
12. Gîrleanu-Şoitu, D.T., *Vârsta a treia*, Editura Institutul European, Iași, 2006;
13. Goldman, A.I., *A Theory of Human Action*, NJ: Pretince Hall, Englewood Cliffs, 1970;
14. Gubrium, J., *The myth of golden years: A socio-environmental theory of aging*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1973;
15. Gutierrez, L. DeLois, K. & GlenMaye, L., „Understanding empowerment practice: Building on practitioner based knowledge", în *Families in Society*, nr. 76, 1995;
16. Hagestad, G. & Neugarten, B., „Age and the life course", în Binstock, R. & Shanas, E., (ed.), *Handbook of aging and social sciences*, Second edition, Van Nostrand, New York, 1985;
17. Havighurst, R., „Personality and patterns of aging", în *The Gerontologist*, nr. 8, 1968;
18. Hendricks, J. & Hendricks, C., *Aging in mass society: Myths and realities*, Mass. Winthrop, Cambridge, 1981;
19. Homans, G., *Social behavior: Its elementary forms*, Houghton Mifflin Harcourt, Brace and World, New York, 1961;

BCU "CAROL I" TRANSILVANIA UNIVERSITY LIBRARY

20. Hooyman, N. & Kiyak, A., *Social Gerontology. A multidisciplinary perspective,* Fourth edition, Allyn and Bacon, Boston, 1996;
21. Irimescu, G. , *Tehnici specifice în asistența socială,* Ed. Universității „Al. I. Cuza", Iași, 2002;
22. Jack, R., *Empowerment in Community Care,* Chapman and Hall, Londra, 1995;
23. Kahana, E., „A congruence model of person-environment interaction", în Lawton, M.P., *Theory development in environments and aging,* Wiley, New York, 1975;
24. Kiyak, H., „A multidimensional perspective on privacy preferences of institutionalised elderly", în Rogers, W. & Ittelson, W. (coord.), *New directions in environmental design research,* University of Arizona Press, Tempe, 1978;
25. Kuypers, J. & Bengtson, V., „Social breakdown and competence: A model for normal aging", în *Human Development,* nr. 16, 1973;
26. Lawton, M. & Nahemow, L., „Ecology and the aging process", în C. Eisdorfer & Lawtn, M. (coord.), *Psychology of adult development and aging,* APA, Washington, 1973;
27. Lee, D. & Markides, K., „Activity and mortality among aged persons over an eight year period", în *Journal of Gerontology,* nr. 45, 1990;
28. Lemon, B., Bengtson, V. & Peterson, J., „Activity types an life satisfaction in a retirement community", în *Journal of Gerontology,* nr. 27, 1972;
29. Lewin, K., *Field theory in Social Science,* Harper and Row, New York, 1951;
30. Maddox, G., „Lives through the years revisited", în *The Gerontologist,* nr. 34 (6), 1994;
31. Martin, J., „Power, dependence, and the complaints of the elderly: A social exchange perspective", în *Aging and Human Development,* 1971;
32. Miftode, V., *Fundamente ale asistenței sociale,* Ed. Eminescu, București, 1999;
33. Miftode, V., *Tratat de asistență socială. Fundamente teoretice și metodologice,* Ed. Fundației AXIS, Iași, 2003;
34. Miftode, V., *Tratat de metodologie sociologică,* Ed. Lumen, Iași, 2003;
35. Miftode, V., *Sociologia populațiilor vulnerabile. Teorie si metodă,* Ed. Universității „Al.I.Cuza", Iași, 2004;
36. Milner, J. & O'Byrne, P., *Assessment in Social Work,* Macmillan, Londra, 1998;
37. Murray, H.A., *Explorations in Personality,* Oxford University Press, New York, 1938;
38. Neamțu, G., *Tratat de asistență socială,* Ed. Polirom, Iași, 2003;
39. Neamțu, G. & Stan D., *Asistența socială,* Ed. Polirom, Iași, 2005;

40. O'Hagan, B., „Efficiency, enrichment and empowerment", în *Journal of Community Education,* vol. 6, nr. 1, 1987;
41. Oliver, M., *Understanding Disability: From Theory to Practice,* Macmillan, Londra, 1996;
42. Palmore, E., „Predictor of successful of aging", în *The Gerontologist,* nr. 19, 1979;
43. Parad, H.J., *Crisis Intervention: Selected readings,* FSA of America, New York, 1965;
44. Parsons, R.J., „Empowerment: Purpose and practice principles in social work", în *Social Work with Groups,* no.14, 1991
45. Payne, M., *Modern social work theory,* Palgrave MacMillan, 1997;
46. Pivniceru, M.M. & Luca, C., *Elemente de management judiciar, Editura Hamangiu,* București, 2007;
47. Raymond, J. (Ed.), *Empowerment in community care,* Chapman & Hall, London,1995;
48. Rădulescu, S., *Sociologia vârstelor,* Ed. Hyperion, București, 1994;
49. Reid, W.J., *The Task-centred System,* Columbia University Press, New York, 1978;
50. Riley, M., „Social gerontology and the age stratification of society", în *The Gerontologist,* nr. 11, 1971;
51. Riley, M., Johnson, J. & Foner, A., *Aging and society: A sociology of age stratification,* Vol. 3, Russell Sage Foundation, New York, 1972;
52. Rose, A. & Peterson, W., *Older people and their social worlds,* F.A. Davis, Philadelphia, 1965;
53. Rothman, J. & Thomas, E.J. (ed.), *Intervantion Research. Design and Development for Human Service,* The Haworth Press, Inc., New York, 1994;
54. Schwartz, A. & Mensh, I., *Professional obligations and approaches to the aged,* Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1974;
55. Sinnott, J., „Sex-role inconstancy, biology, and successful aging: A dialectical model", în *The Gerontologist,* nr. 17, 1977;
56. Smale, G., Tuson, G. & Statham, D., *Social work and social problems. Working towards Social Inclusion and Social Change,* Macmillan Press Ltd., Houndmills, UK, 2000;
57. Stern, G., „Student Ecology and the college environment", în *Journal of Medical Education,* nr. 40, 1965;
58. Thompson, N., *Theory and Practice in Health and Social Welfare,* Open University Press, Buckingham, 1995;
59. Thompson, N., *Anti-Discriminatory Practice,* Macmillan, Londra, 1993;
60. Williams, R. & Wirths, C., *Lives through the years,* Atherton Press, New York, 1965;

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

61. World Vision Romania, *Manual de bune practici în asistența socială comunitară*, Iași, 2003;
62. Wright, K., Haycox, A. & Leadman, I., *Evaluating Community Care Services for People with Learning Difficulties*, Open University Press, Buckingham, 1994.

LEGISLAȚIE:

1. Hotărârea Guvernului nr.886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.507 din 16 octombrie 2000;
2. Hotărârea Guvernului nr.1317 din 27 octombrie 2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.997 din 10 noiembrie 2005;
3. Legea nr.17 din 6 martie 2000, privind asistența socială a persoanelor vârstnice republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.157 din 6 martie 2007, cu modificările și completările ulterioare;
4. Legea nr.554 din 2 decembrie 2004 a contenciosului administrativ, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 1154 din 7 decembrie 2004, cu modificările și completările ulterioare;
5. Legea nr. 292 din 20 decembrie 2011 a asistenței sociale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.905, din 20 decembrie 2011;
6. Ordinul nr.180 din 27 mai 2003 al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei pentru aprobarea Grilei de evaluare medico-socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.382 din 3 iunie 2003;
7. Ordinul nr.246 din 27 martie 2006 al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.637 din 24 iulie 2006;
8. Ordinul nr.288 din 6 iulie 2006 al secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecției drepturilor copilului, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.637 din 24 iulie 2006;
9. Ordonanța Guvernului nr.68 din 28 august 2003 privind serviciile sociale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.619 din 30 august 2003.

CAP.II. ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

„ Copilul râde:
« Înțelepciunea și iubirea mea e jocul.»
Tânărul cântă:
« Jocul și înțelepciunea mea e iubirea.»
Bătrânul tace:
«Iubirea și jocul meu e înțelepciunea.»"
(Blaga, 2008, p. 37)

Idealizată și respectată sau considerată o perioadă fragilă a vieții (Șchiopu și Verza, 1997, p.330), vârsta a treia a fost studiată pluridisciplinar, existând contribuții importante de natură psihologică, ce au fost corelate cu cercetarea inevitabilului regres fiziologic. Îmbătrânirea este un proces care are loc și la nivel psihologic, fiind o modificare calitativă a structurilor personalității umane, ca urmare a deteriorării funcțiilor cerebrale, ce stau la baza vieții psihice (Gal, 2001, p.64). Această transformare are loc sub influența factorilor de natură internă, intrinseci, precum și a celor externi, reprezentați de mediul sociocultural și de evenimentele de viață ale individului.

Abordarea stării psihice a vârstnicilor este un demers complex, care face parte din procesul de asistență a acestora. Intervenția pornește în primul rând de la observarea provocărilor specifice etapei de viață, cărora persoanele vârstnice trebuie să le facă față. Pe măsura trecerii spre bătrânețe, indivizii se îndreaptă de la dependență - câștigată în prima jumătate a vieții - spre interdependență și chiar dependență. De asemenea, o parte dintre vârstnici se confruntă cu apariția unor tulburări psihologice specifice, care necesită investigații și evaluare.

Psihologii, dar și alte persoane implicate în domeniul social și al sănătății mentale, trebuie să cunoască transformările pe care vârstnicii le trăiesc și obstacolele principale pe care le au de înfruntat. Specialiștii în asistența psihologică au rolul de a sprijini persoanele de vârsta a treia în trăirea acestei etape de viață cu demnitate și de a optimiza starea lor psihică (Crose, 2003, p. 280).

Asistența psihologică a persoanelor de vârsta a treia își găsește rădăcinile într-un cadru teoretic amplu, care își propune înțelegerea bătrâneții din perspectiva modificărilor ce survin la nivel psihic odată cu înaintarea în vârstă. Principalele teorii explicative sunt prezentate în secțiunea 2.1. a acestui capitol, pentru creionarea limitelor în care vârsta a treia trebuie abordată.

Intervenția psihologică propriu-zisă, structurată pe modelele teoretice pe care le vom trece în revistă, va fi descrisă din prisma elementelor sale principale, pornind de la evaluarea psihologică (prezentată în secțiunea 2.2.) și continuând

cu posibile teme de consiliere (dezvoltate în subcapitolul 2.3.). Acestea pot fi ilustrate printr-o serie de instrumente specifice de lucru, care vor fi prezentate în secțiunea 2.5. a capitolului și vor cuprinde:

- **contractul de consiliere**, ca angajament între psiholog și client (anexa 19);
- **raportul de evaluare psihologică**, care conține datele principale sintetizate în urma finalizării evaluării psihologice (anexa 20);
- **raportul de întrevedere pentru consiliere psihologică**, care este o prezentare a conținutului ședinței de consiliere (anexa 21);
- **fișa individuală de consiliere a clientului**, cu informații privind obiectivele și modul de desfășurare a ședințelor (anexa 22).

Pornind de la un cadru teoretic bine definit , asistența psihologică a vârstnicilor trebuie să se concretizeze într-o intervenție psihologică ce va lărgi limitele consilierii clasice. Demersul de asistență va muta practica psihologică și în afara cabinetului de consiliere, astfel încât psihologul să fie implicat în toate domeniile vieții vârstnicului, pe care le va integra în procesul de consiliere *(Ibidem).*

II.1. TEORII PSIHOLOGICE

II.1.1. Provocările vârstei a treia

Vârsta a treia acoperă o perioadă de lungă durată din viața umană, ceea ce presupune problematici psihologice distincte pentru fiecare etapă a sa. Limitele care delimitează aceste stadii, precum și care separă vârsta adultă de bătrânețe variază cultural și nu pot fi trasate clar (Șchiopu și Verza, 1997, p.344). Vom aminti cele trei etape acceptate în mod clasic: cea a trecerii spre bătrânețe (de la 65 de ani la 75 de ani), cea a bătrâneții medii (de la 75 de ani la 85 de ani) și cea a marii bătrâneți - după 85 de ani.

Teoriile psihologice despre bătrânețe contestă generalizarea creată de utilizarea îndelungată a unor stereotipuri. Modelele psihologice sugerează că, pe măsură ce înaintăm în vârstă, devenim din ce în ce mai diferențiați ca personalitate, deoarece experiențele noastre de viață se cumulează în moduri specifice, particulare (Antonuci et al., 2000, p.80). Punerea în discuție a vârstei a treia din punct de vedere psihologic trebuie deci să țină cont de diversitatea experiențelor de viață ale indivizilor.

În sprijinul acestei perspective vine și teoria lui Baltes (1978), care consideră personalitatea o sinteză a trei tipuri de factori, după cum urmează:

- ai categoriei de vârstă, asupra cărora individul nu poate interveni, aceștia fiind determinanți care se asociază cu vârsta biologică;
- ai perioadei istorice, cunoscuți și ca efect de cohortă;
- ai istoriei personale, constând în influențe nenormative, care țin de autobiografie și sunt de natură particulară, individuală.

La vârsta a treia se constată o influență puternică a factorilor categoriei de vârstă și a celor nenormativi, îmbătrânirea devenind astfel un „proces de individualizare" (Fontaine, 2001, p.97).

Asistența psihologică a persoanelor de vârsta a treia este, așadar, bazată pe înțelegerea individualității acestora, a provocărilor specifice fiecărei etape de vârstă, a contextului social în care persoanele trăiesc, precum și a modului în care persoana se adaptează transformărilor inerente înaintării în vârstă.

Cu toate că problemele acestei etape sunt variate și diferă situațional, există o serie de evenimente și contexte comune vârstnicilor, care presupun modalități specifice de adaptare psihologică.

a. La nivel biologic vârsta a treia presupune o degradare treptată, în diferite proporții, a funcțiilor organismului și o serie de tulburări medicale variate, deseori cronice și posibil imobilizante. În timp și în diferite grade, persoana vârstnică trebuie să se adapteze la pierderea progresivă a puterii fizice și la inabilitatea de a realiza sarcini pe care înainte le putea finaliza cu ușurință. Declinul biologic poate duce la dependența de alții și poate determina gânduri ce vizează neputința, teama, anxietatea, neajutorarea, dar și preocupări excesive față de propria sănătate.

b. La nivel ocupațional vârsta a treia se suprapune deseori pensionării, cu toate că ultimele decenii au impus o tendință de creștere a vârstei la care survine momentul retragerii din activitatea profesională. Încheierea preocupărilor legate de muncă și profesie poate fi resimțită ca inacceptabilă de persoanele active, care nu găsesc un substitut care să le ocupe timpul. Aceste persoane pot trăi impresia acută a inutilității familiale, civice sau sociale. Dacă nu este gestionată corect, trecerea poate fi asociată apariției depresiei, cu manifestări clinice specifice. Relațiile de cuplu bune, creșterea nepoților sau preocuparea pentru anumite hobby-uri pot facilita tranziția vârstnicului spre perioada de pensie și pot constitui chiar o formă de înlocuire a vieții profesionale[24].

c. La nivel familial vârsta a treia, cel puțin în prima ei parte, poate constitui un context favorabil pentru redescoperirea relațiilor familiale: relația cu partenerul de viață, cu proprii copii deveniți adulți și cu nepoții, atunci când de educația acestora se ocupă și bunicii. De asemenea, relația de cuplu poate presupune și parcurgerea fazelor doliului, precum și adaptarea la viața de unul singur, atunci când intervine decesul unuia dintre parteneri.

d. La nivelul relațiilor sociale se poate constata ambivalența persoanelor vârstnice. Pe de o parte, acestea au dorința de a petrece timp cu persoanele semnificative din viața lor, de a menține contactele sociale dobândite de-a lungul vieții și de a fi activi, iar pe de alta, de a nu mai fi angajați social (Gal, 2001, p. 65).

e. La nivel spiritual persoanele vârstnice au interese ce țin de finalul inevitabil al vieții și de aceea se pot intensifica preocupările religioase. Teama de

[24] http://www.e-psiho.ro/introducere-in-consilierea-persoanelor-varstnice, accesat la data de 30 martie 2010.

moarte, nesiguranța cu privire la viitor, anxietatea cauzată de o posibilă scădere a puterii fizice și mentale pot determina o apropiere a persoanelor vârstnice de practici religioase, în care vârstnicii găsesc resursele necesare pentru a parcurge această etapă a vieții.

II.1.2. Teorii psihologice despre vârsta a treia

Natura modificărilor care survin la vârsta a treia, dar și posibile modalități de gestionare a acestora au fost explicate psihologic prin câteva direcții teoretice majore:

a. perspectiva *life span-ului*, de inspirație psihanalitică, propusă de Carl Jung în anul 1933 și completată cu noi fațete prin modelul conceput Laura Carstensen în 1993, al selectivității socioemoționale;

b. abordarea psihosocială, prin cercetările desfășurate de Eric Erickson în 1982, prin studiile lui Jane Loevinger în 1976, ale lui Daniel Levinson în anul 1978, precum și prin cercetările lui Bernice Neugarten în anul 1968;

c. modelul sociocognitiv, propus de Stacey Whitbourne în 1987.

Aceste perspective, pe care le vom detalia în cele ce urmează, sunt construite în jurul a trei componente la confluența cărora vârsta a treia poate fi definită: normele exterioare care influențează modul în care are loc dezvoltarea umană, presiunile interne care țin de identitatea personală, dar și negocierea de către individ a tranzițiilor de viață (Antonuci *et al.*, 2000, p.81).

a. Perspectiva life span-ului

Carl Jung a contribuit la studiul vârstei a treia, fiind autorul abordării pe care astăzi o cunoaștem ca *life span*. Această teorie are meritul de a prezenta dezvoltarea umană ca un proces ce se desfășoară pe parcursul întregii vieți, nu doar în anumite faze ale existenței (Gal, 2001, p.65). Deși de inspirație psihanalitică, Jung consideră – fiind astfel în opoziție cu Freud – că transformările importante la nivel de personalitate au loc după perioada copilăriei și adolescenței, nu în aceste etape.

Jung devine astfel interesat de bătrânețe, care presupune oportunități specifice în ceea ce privește dezvoltarea. Începând cu perioada vieții de adult și continuând la vârsta a treia se poate constata o inversiune de tendințe, care vor duce la echilibrul individului. Această schimbare se va produce pe cele două dimensiuni definitorii umane: extraversiune - introversiune și feminitate-masculinitate. Dacă perioada tinereții este caracterizată de dorința afirmării de sine și o puternică manifestare a extraversiunii, vârsta a treia reprezintă o perioadă în care crește orientarea introvertă a persoanei, analiza propriei vieți, a sentimentelor, precum și meditarea la finalul vieții.

În același timp, Jung consideră că în a doua parte a vieții se eliberează tendințele masculine sau feminine pe care persoana le-a refulat în prima jumătate a vieții sale, ca urmare a presiunilor unor stereotipuri. Cercetări empirice ample

au sugerat că pe măsură ce înaintăm în vârstă se estompează diferențele dintre sexe. Acest fenomen, numit androginie, apare mai ales la nivel de reprezentări (Fontaine, 2001, p.83).

b. Perspectiva psihosocială

Principala contribuție psihosocială cu privire la dezvoltarea umană este cea descrisă de Eric Erickson, care își propune să explice transformările graduale care au loc la nivel psihologic în fiecare etapă de vârstă, ca rezultat al interacțiunilor sociale (Fontaine, 2001, p.83).

În concepția lui Erickson, există opt stadii ale dezvoltării umane. Fiecare dintre ele este caracterizat de o criză identitară, guvernată de factori psihosociali și este determinată de solicitările graduale, din ce în ce mai complexe, pe care individul le are în mediul social. Crizele identitare, în funcție de capacitatea persoanei de a se adapta la noile provocări, se pot finaliza cu un rezultat optim sau cu unul nedorit, având un caracter bipolar. Astfel, modul în care este parcursă tranziția poate lăsa provocări nerezolvate cărora persoana va trebui să le facă față și în stadiile ulterioare sau poate oferi individului o achiziție cu privire la propria persoană (Iacob, 2005, p.1).

Achizițiile, din perspectiva lui Erickson, vizează următoarele aspecte: în etapa infantilă încrederea în ceilalți, în copilăria timpurie autonomia, în etapa preșcolară inițiativa și în cea școlară hărnicia, în perioada adolescenței sensul identității personale, în tinerețe cea a intimității cu partenerul, iar la vârsta adultă generativitatea, care ține de profesie și de implicarea în creșterea copiilor (Antonuci et al., 2000, p.81).

Integritatea personală este miza, sau rezultatul optim al crizei identitare în ultimul din cele opt stadii, al maturității și bătrâneții. Aceasta se obține pe baza achizițiilor anterior dobândite și prin reflectarea la trecut. Astfel, bilanțul vieții poate indica pentru persoana vârstnică atingerea obiectivelor propuse, ceea ce determină o stare pe care Erickson o numește „înțelepciune", care este rară și reprezintă de fapt o bătrânețe reușită (Fontaine, 2001, p.88).

Opusul integrității personale este disperarea (Verbraak, 2000, p.10). Aceasta este determinată de toate transformările pe care le parcurge individul și care au ca efect pierderea autonomiei și inevitabila moarte. Obstacolele psihosociale apar atunci când vârstnicul nu se adaptează la schimbările de mediu pe care le traversează și nici la schimbările propriei persoane (Gal, 2001, p.65). Deznădejdea sau disperarea survin prin prisma apropierii finalului vieții, atunci când persoana simte, privind retrospectiv, că ceea ce a realizat nu o reprezintă, că are regrete și că nu se poate accepta pe sine.

Jane Loevinger aprofundează contribuția adusă de Erickson, considerând personalitatea un integrator al vieții psihice, cu rolul de a structura relația dintre individ și constrângerile sociale. Astfel, există un mod specific de raportare a individului la normele sociale în fiecare stadiu parcurs de-a lungul vieții, în funcție

de modul în care acesta organizează interacțiunea cu normele și valorile sociale. Parcurgerea celor opt stadii delimitate de Loevinger este cu caracter opțional, întrucât indivizii pot rămâne la un nivel intermediar (Fontaine, 2001, p.88).

Ultimele șase stadii propuse de această abordare sunt dedicate vârstei adulte și bătrâneții. În cadrul lor, normele sociale sunt abordate din următoarele perspective:

- **nivelul conformist,** în care persoana se supune în totalitate regulilor sociale deoarece are o puternică dorință de a fi acceptată de societate;
- **nivelul conștiincios-conformist**, pe parcursul căruia individul distinge între normele sociale și propriile dorințe, continuând totuși să se adapteze normelor;
- **nivelul conștiincios**, în care persoana înțelege importanța gândirii critice și a standardelor personale;
- **nivelul individual,** caracterizat de afirmarea individualității ;
- **nivelul autonom,** care presupune înțelegerea complexității realității în care individul trăiește și dezvoltarea respectului față de opiniile celorlalți;
- **nivelul integrat,** corespunzător etapei bătrâneții din stadialitatea lui Erickson, care propune ca miză rezolvarea tuturor conflictelor interioare ale individului prin acceptarea de către vârstnic a parcursului de până atunci al vieții sale (*Ibidem*, p.89).

O altă abordare psihosocială este și cea a lui **Bernice Neugarten**, care propune înțelegerea vârstei a treia din perspectiva constrângerilor normative pe care persoana le trăiește prin raportarea la un „ceas social". Acesta reprezintă timpul normativ, impus de contextul social, pentru toate etapele specifice ale vieții: mersul la grădiniță, la școală, căsătoria, obținerea unui loc de muncă, pensionarea etc. Esențial, din punct de vedere psihologic, este cum se situează persoana în raport cu acest timp impus de societate. Astfel, ceasul individual poate fi potrivit, înainte sau în urmă, în funcție de modul în care persoana evaluează subiectiv momentul de viață pe care îl parcurge (Antonuci et al., 2000, p.81).

Spre exemplu, un adult ajuns la vârsta pensionării poate considera că a venit momentul potrivit, firesc să devină bunic. El își bazează considerația pe elemente din contextul social în care trăiește, spre exemplu toți colegii săi, care au ieșit la pensie odată cu el, au nepoți. Mai mult, pot exista chiar și elemente transgenerațională care să confirme normalitatea așteptărilor sale: părinții săi, la vârsta lui, erau deja bunici. Dacă totuși nepoții întârzie să apară, din diferite motive ce țin de contextul specific al familiei, adultul poate trăi gânduri de inadecvare.

Un ceas social perceput de persoană ca înainte sau în urmă poate conduce la apariția anxietății, a stresului și a frustrării. Atunci când evenimentele survin în momentul așteptat de individ, adaptarea lui la acestea va fi una optimă. (Neugarten, 1996, p.90).

La vârsta a treia, acceptarea noului rol social al individului se va face fără apariția unor conflicte psihologice dacă elementele componente ale acestei etape sunt privite de persoană ca venind în mod firesc în cursul vieții.

O contribuție importantă, la confluența ideilor lui Erickson și Neugarten, este cea propusă de **Daniel Levinson**. Aceasta vizează înțelegerea dezvoltării individului prin prisma conceptului de structură de viață, care se construiește și se dărâmă într-o ritmicitate ciclică, dată de etapele de vârstă în care se află persoana (Antonuci et al., 2000, p.81).

Stadiile de viață alternează între stabilitate și tranziție, în special în cazul adulților. Sarcini de dezvoltare specifice se asociază stresului, determinând tranziții la vârste predictibile. Aceste treceri între stadiile vieții umane determină dărâmarea structurilor personale ale individului, dobândite într-un stadiu anterior și refacerea lor în funcție de cerințele specifice ale etapei următoare *(Ibidem).*

La vârsta a treia, structura de viață presupune vizualizarea retrospectivă a succeselor și eșecurilor, dar și evaluarea lor prin prisma valorilor personale. Această structură are ca miză stabilitatea psihologică a vârstnicului, care se poate realiza prin acceptarea de către acesta a actualului său stadiu de dezvoltare și prin utilizarea armonioasă a tuturor resurselor adunate de-a lungul anilor.

Teoria selectivității socioemoționale, propusă de Laura Carstensen, este una din cele mai recente abordări de tip *life span.* Contribuția majoră a acestei teorii constă în accentul pus pe motivația umană, ca factor determinant al modificărilor comportamentale la vârsta a treia.

Motivația este strâns legată de felul în care indivizii percep timpul. Atunci când timpul este considerat nelimitat, cum se întâmplă de obicei în tinerețe, prioritară pentru persoană este cunoașterea, chiar dacă informațiile achiziționate nu sunt relevante pe termen scurt. Atunci când timpul este considerat finit, ca în cazul vârstei a treia sau atunci când contextul creează perspectiva fragilității vieții, centrală este satisfacția emoțională și nu componenta informațională[25].

Informațiile pot fi obținute și prin intermediul contactelor sociale, dar, odată cu trecerea anilor, prin repetitivitate și rutină, acestea vor oferi din ce în ce mai puține oportunități de dezvoltare pentru individ. Ținând cont de preferința pentru satisfacție emoțională, dar și de faptul că la nivel informațional relațiile sociale vor avea un potențial restrâns, persoana vârstnică își va restrânge cercul relațiilor (Carstensen, 1992, p. 332).

Astfel, limitarea interacțiunilor vârstnicilor cu alții poate fi pusă pe seama alegerii deliberate a acestora de a alege relațiile sigure, semnificative din viața lor, care maximizează confortul emoțional și minimizează riscurile în detrimentul dezvoltării unor relații noi, datorită conștienței apropierii de finalul vieții (*Ibidem*).

[25] http://issues.org/23.2/carstensen.html, accesat la data de 30 martie 2010.

c. Perspectiva sociocognitivă

Îmbinând influențele sociale cu tiparele cognitive, Stacey Whitbourne consideră construcția identitară a persoanei ca fiind definită prin existența a două componente: scenariul și povestea vieții. Scenariul vieții face referire la modul în care un individ se raportează la viitorul său, la experiențele pe care urmează să le trăiască, iar povestea vieții vizează trecutul, ceea ce persoana deja a trăit. Aceste componente nu sunt în mod necesar conștient definite de individul în cauză. Ele se creează la nivel cognitiv, determinând adaptarea persoanei la realitățile sociale pe care le trăiește (Fontaine, 2001, p. 91).

Contribuția majoră a acestei abordări este aducerea în discuție a unor mecanisme cognitive care funcționează de-a lungul întregii vieți a individului, fără a fi constrânse de stadii ale dezvoltării umane strict delimitate.

II.1.3. Concluzii

Cu toate că reprezintă orientări diferite, teoriile psihologice asupra dezvoltării umane la vârsta a treia converg în descrierea acestei perioade a vieții. Bătrânețea este astfel descrisă ca un popas, în care individul privește retrospectiv pentru armonizarea personalității sale și integrarea experiențelor de viață acumulate.

Aceste repere teoretice au dus la înțelegerea vârstei a treia, pentru că au elucidat aspecte importante ale mizelor dezvoltării umane. Cu toate acestea, ele sunt doar linii generale de ghidare, întrucât există o mare variabilitate a experiențelor de viață ale indivizilor.

Prezentarea pe scurt a teoriilor aduse în discuție poate fi consultată în tabelul următor, care sintetizează cele trei direcții psihologice principale din care a fost abordată bătrânețea.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabel cu teorii psihologice asupra vârstei a treia

ORIENTAREA	TEORIA	PRINCIPALELE REPERE
PSIHANALITICĂ	**Teoria *life span*,** dezvoltată de C. Jung în 1933	Dezvoltarea acoperă perioada întregii vieți umane și, din punctul de vedere al personalității, presupune două axe esențiale ale orientărilor față de lume: introversiune - extraversiune, masculinitate - feminitate. La vârsta a treia se accentuează *introversiunea și androginia.*
PSIHOSOCIALĂ	**Dezvoltarea stadială,** propusă de E. Erickson în 1982	Dezvoltarea umană are loc în opt etape succesive, fiecare având o miză de natură bipolară. Stadiul ultim al dezvoltării umane presupune *criza integritate vs. deznădejde* și are ca achiziție principală înțelepciunea, în urma rezolvării crizei de către vârstnic.
	Dezvoltarea personalității la adult, propusă de J. Loevinger în 1976	Bătrâneții îi corespunde *stadiul integrat al dezvoltării umane*, în care individul rezolvă propriile conflicte de natură interioară și acceptă drumul pe care l-a ales în viață, rămânând deschis noilor experiențe, dar renunțând la idealuri irealizabile.
	Teoria structurii de viață, dezvoltată de D. Levinson în 1978	În fiecare etapă a dezvoltării, individul își reconstruiește structura de viață în funcție de cerințele stadiului în care se află. La vârsta a treia, structura de viață înseamnă analiza retrospectivă a vieții și stabilitatea dată de achizițiile acumulate în celelalte etape.
	Teoria ceasului social, concepută de B. Neugarten în 1968	Pentru fiecare eveniment de viață există un timp impus de normele sociale. Atunci când individul simte că acestea au loc în modul așteptat și în momentul anticipat, se va adapta la contextele survenite.
	Teoria selectivității socioemoționale, model propus de L.Carstensen în 1993, și revizuit în 1999	Vârsta a treia presupune conservarea emoțiilor pozitive, de aceea la nivel afectiv, relațional și chiar retrospectiv, bătrânii vor prefera sentimentele pozitive. În același timp, sunt prioritare relațiile cu persoane semnificative din jurul individului.
SOCIOCOGNITIVĂ	**Scenariul și povestea vieții,** dezvoltate de S. K.Whitbourne în 1987	Scenariul și povestea vieții reprezintă modul în care individul se raportează la viitorul și trecutul său, fiind modalități generale care nu depind de vârstă și stadiu, ci de procesele cognitive conștiente sau inconștiente ale individului.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II.2. CONSIDERAȚII PRIVIND EVALUAREA PSIHOLOGICĂ

II.2.1. Obiectivele evaluării psihologice

Procesul de asistență psihosocială a persoanelor vârstnice presupune și cazuri în care se constată necesitatea realizării unei evaluări clinice a clientului. Există, după Finn și Tonsager (McIntire & Miller, 2010, p.499), trei modele ale evaluării în practica clinică, în funcție de care se conturează scopul acesteia:

a. **Modelul culegerii informațiilor** face referire la comparația standardizată între indivizi, pe baza testelor, care îi permite clinicianului să facă predicții despre conduita clientului;
b. **Modelul terapeutic** este înțeles ca obținerea unor informații cu privire la aspecte importante din punct de vedere psihologic pentru client, care vor permite acestuia să acționeze în direcția dezvoltării personale;
c. **Modelul tratamentului diferențiat** este specific domeniului cercetării, incluzând situațiile când se evaluează eficacitatea unei intervenții terapeutice.

În contextul consilierii, scopul evaluării psihologice a persoanei vârstnice se apropie de modelul terapeutic (*Ibidem*, p.503) și nu este obținerea unor date sterile, ci accesul la informații care să fie utile pentru înțelegerea persoanei și pentru soluționarea problemelor specifice cu care aceasta se confruntă.

Obiectivele principale ale evaluării psihologice a vârstnicului pot viza:

- conturarea principalelor obstacole pe care le pot întâmpina persoanele vârstnice și a repercusiunilor psihologice ale acestora (respectiv tipologia, intensitatea, cauzalitatea diferitelor forme de patologii sau de funcții psihice influențate);
- evidențierea unor elemente ale structurii de personalitate și a unor caracteristici ce țin de percepție, dimensiunea afectivă, nivelul cognitiv, memoria, atenția individului;
- reliefarea tiparelor de relaționare familială și analizarea relațiilor apropiate ale vârstnicului;
- ilustrarea modului de raportare a bătrânului la vârsta a treia și la problemele specifice acestei etape a existenței umane.

II.2.2. Particularități ale evaluării psihologice la vârsta a treia

Evaluarea psihologică în contextul vârstei a treia trebuie să fie adaptată la particularitățile acesteia, ținând cont de caracteristicile persoanei evaluate, de instrumentele specifice utilizate, de relația pe care vârstnicul o dezvoltă cu psihologul.

În ceea ce privește **caracteristicile persoanei vârstnice,** psihologul va lua în considerare reducerea funcțiilor motorii fine (desen, scris) și creșterea timpului de reacție la stimuli odată cu înaintarea în vârstă. Aceste manifestări pot fi dese-

ori asociate cu deficite cognitive și senzoriale (Wahl & Lehr, 2003, p.63). Având în vedere că la vârsta a treia oboseala, uzura, plictiseala pot să apară cu ușurință este important ca evaluarea să fie adaptată nivelului motivației clientului și capacității sale de participare.

În ceea ce privește **instrumentele folosite**, psihologul va utiliza scale valide, construite în mod specific pentru evaluarea persoanelor vârstnice. Evaluatorul va alege instrumentele în funcție de procesul psihic vizat sau de simptomul pe care îl are în vedere, acestea fiind coroborate cu interviul clinic. Dintre instrumentele necesare unui psiholog, amintim testele de personalitate, unele dintre ele cu largă aplicabilitate indiferent de vârsta clienților, și testele specifice pentru diferite dimensiuni și funcții psihologice. O listă cu instrumentele utilizate în practica evaluării psihologice geriatrice poate fi consultată în tabelul 3.1[26]

Atunci când persoana evaluată este vârstnică, scalele de tip auto-administrare sunt în mod frecvent aplicate de o a doua persoană (psiholog sau alții), ceea ce presupune o modificare majoră a situației de testare. Deseori instrumentele necesită simplificare și este indicat ca răspunsurile posibile să nu depășească cel mult 5 categorii ale unei scale Likert (*Ibidem*).

Atunci când psihologul constată tulburări care nu sunt de competența sa, va îndruma clientul spre un medic specialist psihiatru sau neurolog. Aceștia utilizează, la rândul lor, o serie de probe specifice prin care evaluează funcțiile cognitive și patologiile specifice vârstei.

În privința **relației cu psihologul** este important ca procesul de asistență să pornească prin înțelegerea de către client a rolului psihologului. Pentru persoanele vârstnice profesia de psiholog poate fi o noutate, de aceea un prim pas al relației cu beneficiarul constă în definirea consilierii și evaluării psihologice într-un limbaj pe înțelesul său. Mai mult, poate fi utilă delimitarea psihologiei de psihiatrie, aceasta din urmă fiind asociată deseori cu stigmate sociale, dar și cu administrarea de medicație specifică, care nu intră în competențele profesionale ale psihologului (Marnat, 2009, p.49). Încrederea este o componentă indispensabilă relației terapeutice și nu poate fi obținută în lipsa cunoașterii de către client a rolului psihologului și a normelor deontologice pe care acesta le respectă.

Expectanțele clientului influențează și ele procesul de evaluare. Persoana vârstnică poate fi reținută, cu temeri în privința autodezvăluirii și poate de asemenea să nu coopereze cu clinicianul. De aceea, psihologul va ține cont de suspiciozitatea vârstnicului și va asigura un climat în care acesta să se simtă confortabil. Demersurile psihologului vor viza înțelegerea evaluării de către client ca o modalitate de cunoaștere a propriei persoane și ca o oportunitate de a se dezvolta. Pentru o prezentare a relației de consiliere, poate fi consultată secțiunea 2.3.1.a capitolului.

[26] O parte dintre aceste instrumente sunt etalonate și pentru populația românească. O listă cu testele acestea poate fi consultată pe paginile de internet http://www.testepsi.ro/cuprins/ și http://www.sistempsi.ro/index.php?page=teste-psihologice-etalonate.

II.2.3. Etapele evaluării psihologice

Evaluarea psihologică a persoanei vârstnice este un proces complex, ale cărui etape distincte, cronologice trebuie să fie atent planificate (Westhoff & Kluck, 2009):

a. Crearea relației de consiliere cu clientul este prima secvență de care psihologul trebuie să țină cont și fără de care intervenția nu poate avea rezultate optime. Acest lucru se poate realiza prin încurajarea unei atmosfere empatice, care să nu intimideze persoana evaluată, într-un ambient primitor, securizant, în care aceasta să nu se teamă.

b. Interviul clinic presupune prezentarea scopului evaluării psihologice și a condițiilor în care aceasta se va desfășura, realizarea anamnezei clientului și punctarea informațiilor importante prin semi-structurarea intervenției. În același timp se va face apel la observația comportamentelor clientului, care va fi corelată cu observația acestuia în mediul său de viață sau în alte contexte, acolo unde este posibil.

c. Aplicarea testelor psihometrice specifice este etapa următoare a evaluării. Aceste instrumente vizează procesele psihice și trăsăturile de personalitate ale persoanei vârstnice în raport cu problemele identificate. Atunci când informațiile obținute sunt insuficiente, se va discuta cu ceilalți membri ai echipei pentru obținerea unor completări, sau cu persoane din rețeaua informală a vârstnicului, care pot oferi date semnificative.

d. Interpretarea datelor obținute, se va sintetiza prin redactarea raportului de evaluare psihologică în care vor fi notate și recomandările psihologului cu privire la clientul care a participat la procesul de evaluare. Instrumentul se dorește a fi util atât psihologului, cât și echipei cu care acesta colaborează (Luca & Azoiței, 2007, p.58). Pentru un model al raportului de evaluarea psihologică, să se consulte Anexa 19.

e. Oferirea de feedback clientului este cea din urmă etapă a evaluării psihologice și se va realiza într-un limbaj accesibil lui, într-un mod clar și profesionist (Marnath, 2009, p.49).

Având în vedere natura confidențială a evaluării clinice, atât procesul de evaluare, cât și rezultatele acestuia trebuie să fie ghidate de norme etice și deontologice și trebuie să aibă în vedere drepturile clientului. Acestea vizează consimțământul informat al evaluării, calificarea persoanelor care realizează evaluarea, utilizarea unor instrumente valide, confidențialitatea rezultatelor și a interpretării lor.

Standardele profesionale la nivel internațional impun anumite norme în ceea ce privește scopul, metodele și rezultatele evaluării clinice în vederea protejării persoanelor care apelează la servicii psihologice. Ținând cont de etica evaluării, psihologii trebuie să urmărească în primul rând respectarea persoanei vârstnice și binele acesteia.

Recomandări de instrumente în lucrul cu clienți de vârsta a treia, adaptat după Wahl & Lehr, 2003

Domeniul evaluării	Instrument utilizat	Observații
COMPETENȚA COGNITIVĂ	**Testul Raven**, conceput de J. Raven în anul 1936	Raven este un test de inteligență nonverbală, care măsoară inteligența generală sau nivelul de dezvoltare mentală. Testul are mai multe forme, dintre care varianta Matricile Progresive Standard poate fi folosită pentru evaluarea inteligenței la adulți și vârstnici. Aceasta cuprinde 5 seturi de 12 itemi și se aplică într-o perioadă finită de timp.
PERSONALITATE	**Inventarul de personalitate revizuit NEO** (NEO PI-R), dezvoltat de Costa și McCrae	Inventarul vizează evaluarea celor 5 dimensiuni ale personalității din modelul Big Five și permite identificarea a 30 de fațete ale personalității adulte. Forma de autoevaluare cuprinde 240 de itemi ceea ce determină necesitatea unei perioade îndelungate pentru aplicare.
DEPRESIE	**Scala de depresie Hamilton**, propusă de Max Hamilton în 1960	Utilizată ca punct de referință pentru alte instrumente similare pe diferite categorii de vârstă. Unii autori sugerează faptul că anumiți itemi nu sunt potriviți pentru vârstnici, întrucât întrebările despre simptome somatice pot duce la supra-diagnosticarea depresiei (Linden *et al.*, 1995, p.150). Cu toate acestea, este aplicată pe scală largă la această categorie de vârstă*.
	Scala de Depresie Geriatrică (GDS-15), propusă de Yesavage în anul 1982	Inventar de evaluare a depresiei cu itemi ce presupun răspunsuri de tip „Da" și „Nu". Poate fi aplicat fără o pregătire prealabilă amplă a evaluatorului. Scala are numeroase versiuni, cea cu 15 itemi fiind cel mai des utilizată (Ladea, 2000, p.82).
	Inventarul de depresie Beck (BDI), dezvoltat în anul 1961	Nu a fost conceput în mod special pentru persoanele vârstnice, dar este deseori utilizat în evaluarea depresiei la vârstnici și la îngrijitorii persoanelor diagnosticate cu demență (*Ibidem).*
ANXIETATE	**State-Trait Anxiety Inventory** (STAI, forma pentru adulți), conceput de Spielberger în 1983	Testul măsoară anxietatea ca trăsătură și ca stare prin intermediul a 40 de itemi și are numeroase aplicații clinice.

BCU IASI CENTRAL LIBRARY

COGNIȚIE, MEMORIE	**Mini Mintal State Examination** (MMSE), scală concepută de Folstein *et al.* în anul 1975	Aplicarea testului durează în jur de 10 de minute, dar nu se va dovedi utilă pentru a detecta pierderi subtile de memorie, mai ales la pacienții cu un nivel ridicat de educație (Tombaugh & McIntyre, 1992, p.922).
	Testul de memorie Rey, conceput de A.Rey în 1964	Testul este util în măsurarea capacității mnezice și vizează capacitatea de a engrama, păstra și reactualiza informațiile. Testul are 6 faze, 5 dintre ele de reproducere si 1 de recunoaștere. Cea mai utilizată variantă este cea cu 15 itemi (Răşcanu, 2003, p. 36).

* http://www.psiho.eu/?p=141, pagină consultată la data de 30 martie 2010.

II.3. TEME DE CONSILIERE ÎN ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ (LILIANA FOCA)

II.3.1. Relația de consiliere

Vorbim despre relația de consiliere atunci când ne referim la legătura care se stabilește între psiholog și clientul său, persoana căreia i se aplică consilierea. Într-un studiu efectuat de Lambert și Barley (Lambert și Barley, 2002, pp.17-32) autorii au concluzionat că rezultatul pozitiv al demersului terapeutic (și implicit de consiliere) se datorează: 40% factorilor extra-terapeutici, 30% relației terapeutice, 15% așteptărilor clientului și 15% tehnicilor utilizate.

Altfel spus, succesul procesului de consiliere este prezis în mare măsură de calitatea relației care se stabilește între psiholog și clientul său. Această calitate este determinată atât de caracteristici ce țin de consilier, cât și de percepția pe care o are persoana consiliată cu privire la procesul de consiliere. Datorită diferitelor contexte bio-psiho-sociale, persoanele vârstnice aduc cu sine în cadrul terapiei anxietate privind relațiile interpersonale, neîncredere și așteptări nerealiste.

Caracteristici ale consilierului:

- Autenticitate, onestitate;
- Acceptare necondiționată;
- Empatie;
- Acord privind scopul și obiectivele consilierii.

În cazul caracteristicilor consilierului vorbim atât despre caracteristici fixe (vârstă, sex etc.) cât și despre calitățile interpersonale, despre resursele interpersonale care sunt implicate în procesul de consiliere.

În ceea ce privește percepția clientului asupra relației aceasta se referă la sentimentele față de consilier (încredere, respect, apropiere, dependență, colaborare, prietenie, îngrijorare despre modul în care este văzut de terapeut etc.) și ceea ce simte clientul în timpul consilierii (abilitatea de a discuta diferite lucruri, acceptarea, nejudecarea, confortul, capacitatea de exprimare emoțională

– chiar să plângă, capacitatea de a înțelege, siguranța, susținerea, importanța și valorizarea din partea terapeutului, capacitatea de a urmări agenda de lucru).

Se constată că, de fapt, percepția clienților despre consilier este mai importantă la începutul formării relației. De aceea trebuie acordată o importanță deosebită construirii relației în primele ședințe de consiliere.

II.3.2. Singurătatea

Doamna S. este o femeie în vârstă de 71 ani. A rămas văduvă acum 9 ani. Cu un an înainte, singurul său fiu emigrase într-o țară din vest. Imediat, bolile de care suferea s-au acutizat. Deși în localitate rămăsese alături de ea o soră, a început să o evite și să-i ceară să nu o mai viziteze. Totodată relațiile cu vecinele de vârste apropiate s-au diminuat semnificativ. La intrarea în asistența psihologică, doamna S. se exprima folosind un ton agresiv, acuzând persoanele din jurul său că au încercat sau încearcă să profite de ea și se plângea că este singură și neajutorată.

În majoritatea cazurilor singurătatea poate reprezenta la un moment dat o alegere prin care vârstnicul caută să facă față situațiilor specifice cum ar fi: pensionarea, boala sau pierderea partenerului de viață. Odată cu trecerea timpului apare nevoia firească de comunicare în cadrul unor relații. Cu cât perioada de timp dintre alegerea de a fi singur și cea de a dezvolta relații este mai mare, cu atât dificultățile de a iniția legături cu alte persoane sunt mai mari. Aceste dificultăți privesc comunicarea interpersonală deficitară, determinată de lipsa exercițiului de comunicare sau de centrarea excesivă pe propriile nevoi/lipsuri sau diminuarea capacității de a iniția și dezvolta relații.

Încercările nereușite de a iniția legături cu alte persoane duc la întărirea unor convingeri care contribuie la scăderea stimei de sine. Singurătatea poate evoca sentimentul că „toată lumea are prieteni, eu nu" și că „nimeni nu mă înțelege". Astfel de gânduri duc la pierderea încrederii în ceilalți, reticență la schimbare sau rețineri în a încerca lucruri noi de teama respingerii de către alții.

Sărăcia, boala, dependența de medicamente reprezintă factori care contribuie, treptat, la autoizolare. Din lipsa unei persoane cu care să vorbească, din dorința de a „nu deranja" copiii care sunt ocupați cu propria familie sau din sentimentul că nu sunt înțeleși, vârstnicii își diminuează semnificativ contactele cu alte persoane și se retrag în singurătatea propriului cămin.

Singurătatea este adeseori resimțită ca un gol sufletesc, fiind asociată cu gândul că persoana respectivă nu se simte dorită, nu se simte importantă. Deseori retragerea socială a persoanei vârstnice reprezintă un simptom al depresiei, uneori accentuată de absența persoanelor semnificative din viața sa.

Evaluând gradul de singurătate resimțită a persoanei vârstnice, trebuie să se facă distincția între numărul contactelor pe care le are vârstnicul și calitatea acestora. În timpul interviului din cadrul consilierii aflăm că persoana respectivă se întâlnește periodic cu medicul de familie, salută vecinii, vorbește cu vânzătoa-

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

rea de la magazin etc. Cu toate acestea discuțiile rămân la un nivel superficial, fără să exploreze emoții.

Unul din cele mai eficiente moduri de a trata singurătatea este prin intermediul terapiei focalizată pe:

• **Acceptare necondiționată.** Este o atitudine pozitivă, de înțelegere a unei persoane, fără a emite judecăți de valoare sau a fi de acord cu tot ceea ce exprimă clientul. Este încrederea pe care consilierul o acordă clientului său și anume că acesta este o persoană care are capacitatea și potențialul de a lua decizii și de a-și asuma propria viață. (ex. „Spuneți că nu vă place să vorbiți cu oamenii. Să înțeleg că cel mai bine vă simțiți când sunteți doar cu gândurile dumneavoastră?").

• **Empatie.** Implică ascultarea vârstnicului, înțelegerea lui, concentrarea asupra problemei și sentimentelor sale, precum și comunicarea acestei înțelegeri astfel încât clientul să ajungă să se cunoască mai bine pe sine. (ex. „Vă simțiți abandonată pentru că nici fiica și nici nepotul dumneavoastră nu v-au mai sunat de trei săptămâni...")

• **Evaluarea gradului de singurătate** (ex. „Descrieți o zi obișnuită. Ce faceți de când vă treziți și până când mergeți la culcare? Există persoane cu care vă întâlniți? Cine sunt aceste persoane? Despre ce obișnuiți să discutați?")

• **Înțelegerea cauzei problemei.** Referindu-ne la singurătate, provocarea cea mai mare este ca vârstnicul să-și identifice singur singurătatea ca problemă ce-i aparține. De cele mai multe ori nu este vorba despre o singură cauză care – odată descoperită – poate fi abordată în procesul de consiliere, ci mai degrabă despre un cumul de factori: neînțelegeri cu membrii familiei, lipsa abilităților de comunicare, boală, structura de personalitate a vârstnicului etc. Identificarea singurătății ca problemă și a factorilor cauzali este urmată de explorarea fiecărui factor în termeni de gânduri, emoții și atitudini.

• **Inversarea gândurilor, sentimentelor și atitudinilor negative** (ex. Vârstnicul: „Toată lumea are prieteni, eu nu." Consilierul: „Cum ar arăta viața dumneavoastră cu mai mulți prieteni?")

• **Explorarea resurselor** vârstnicului de a se raporta la prezent în termeni pozitivi (ex. „În ceea ce vă privește, care sunt punctele dumneavoastră tari care să vă ajute în stabilirea unei relații?")

• **Dezvoltarea abilităților de comunicare interpersonală.** Lucrul privind dezvoltarea acestor abilități începe odată cu fixarea „strategiei" de schimbare. (ex. „Ce anume i-ați spune lui X? Cum anume veți reacționa în situația Z?")

II.3.3. Pierderile din viața persoanei vârstnice

Maria este o văduvă de 73 de ani care prezenta simptome de depresie ce au debutat după moartea soțului, în urmă cu doi ani. În timpul interviului inițial Maria afirma că după acest eveniment problemele ei medicale au început să se agraveze, mâncarea și-a pierdut gustul, iar scăderea în greutate a fost progresivă, de la 56 de kilograme ajungând în prezent la 44. În realizarea anamnezei psiho-

sociale orice subiect era abordat prin prisma suferințelor organice mai mult sau mai puțin diagnosticate de medici. Moartea soțului a fost amintită prin prisma celor doi ani în care l-a îngrijit, acesta fiind imobilizat la pat.

Pe parcursul vieții, în mod inevitabil, orice persoană se confruntă cu diferite pierderi: lucruri, prietenii, locuință, drepturi, loc de muncă, demnitate, sănătate, persoane dragi, roluri familiale etc. Modul în care se face față acestor pierderi depinde de imaginea de sine dezvoltată, de felul în care oamenii au învățat să se privească pe ei înșiși și relațiile cu ceilalți. Potrivit psihologiei conceptului de sine (Shavelson și Bolus, 1982, pp. 3-17) imaginea de sine se formează încă din primele luni de viață și se dezvoltă, se modifică de-a lungul anilor în funcție de percepția asupra diferitelor experiențe de viață repetate, legate în mod special de relațiile cu persoane semnificative.

Persoanele vârstnice fac față pierderilor în mod diferit de persoanele tinere atât datorită faptului că gradul de atașament al vârstnicului față de lucrul/persoana pierdută a crescut odată cu trecerea timpului, cât și faptului că perspectivele asupra viitorului sunt limitate de vârsta înaintată determinând reticență în imaginarea viitorului și „agățare" de trecut.

Un mod de a lucra cu persoanele vârstnice care au suferit pierderi este să le întrebăm ce simt în legătură cu pierderea respectivă. Este foarte important să fie ascultate și să li se respecte emoțiile, oricare ar fi ele: regret, furie, ușurare, vină etc. După această etapă urmează centrarea pe prezent prin explorarea resurselor interne și externe și orientarea acestora spre viitor.

II.3.4. Pregătirea pentru moarte

Reacțiile unei persoane cu privire la propria moarte sunt diferite în funcție atât de structura de personalitate a individului și de atașamentele formate, cât și de gravitatea bolii de care suferă și de relația cu Dumnezeu.

Astfel, valorile și credințele unei persoane despre sine și despre lume pot favoriza procesul de acceptare a iminenței morții sau, dimpotrivă, împiedică persoana să recunoască acest lucru. Valori ale individului precum respectul demnității fiecărei persoane, cinstea, adevărul sau dreptatea care s-au reflectat în comportamentele sale pe parcursul vieții atât în ceea ce privește relația cu sine cât și cu alții (persoane relevante, relații profesionale etc.) contribuie la sentimentul împăcării cu sine la vârsta înaintată. În același timp, experiențe de viață trăite în contradicție cu valorile promovate de familie și implicit de persoana în cauză aduc în memoria vârstnicului frustrări și, posibil, regrete care mențin persoana în anumite momente ale vieții sale trecute, acceptarea ideii de despărțire devenind imposibilă.

Un alt factor care poate influența procesul de înțelegere a faptului că moartea este inevitabilă îl reprezintă atașamentele formate, în special noile atașamente: nepoții. Aceștia pot reprezenta un mod demn, împăcat cu sine prin care vârstni-

cul poate proiecta un rămas bun în sensul în care vede în nepoți o continuare a propriei persoane. În același timp însă nepoții pot fi o barieră în calea acceptării din perspectiva nevoii de a insufla în aceștia cât mai mult din ne-realizările sau frustrările sale.

Gravitatea bolii vârstnicului poate avea impact asupra pregătirii acestuia pentru moarte. Bolile incurabile, cele care durează de mai mult timp, care au un impact deosebit asupra familiei (diferite forme de cancer malign, paralizii, boli de inimă etc.) influențează procesul de acceptare a propriei morți. În multe din aceste cazuri apare saturația, vârstnicul afirmând că dorește „să scap odată", resimțind oboseală și sentimente de vinovăție față de familie.

În cazul persoanei vârstnice care crede, relația cu Dumnezeu se regăsește în rugăciune și în ritualurile/simbolurile religioase, în modul în care aceasta atribuie rolul lui Dumnezeu în viața sa. Prin rugăciune muribundul își exprimă fricile, speranțele și chiar furia. În același timp rugăciunea este mijlocul prin care vârstnicul îl ia pe Dumnezeu ca martor și însoțitor în procesul de acceptare a morții sale.

Consilierea ce are ca temă pregătirea vârstnicului pentru moarte trebuie să aibă în vedere parcurgerea de către acesta a cinci stadii de evoluție a sentimentului de acceptare (Kübler-Ross, 2009, pp. 31-111): **(a) negarea,** în care persoana încearcă să blocheze conștientizarea gândurilor referitoare la iminența morții; **(b) furia** – apare sentimentul de nedreptate, persoana simte că este nedrept să moară; **(c) negocierea** – încercări de întârziere a morții prin diverse promisiuni făcute sieși sau prin încercări de a ajunge la o înțelegere cu Dumnezeu; **(d) depresia** – realitatea cu privire la iminența morții este conștientizată într-un mod acut; **(e) acceptarea** – persoana ajunge la o înțelegere resemnată și împăcată cu privire la faptul că moartea sa este inevitabilă. Aceste etape ale acceptării nu reprezintă însă secvențe predictibile. Mai multe etape pot fi trăite concomitent, iar progresul de la o etapă la alta nu urmează o ordine precisă: se poate trece dintr-o fază în alta mai repede și în același timp stadiile se pot repeta la nesfârșit. Modul în care o persoană face față procesului de acceptare depinde în mare măsură de la individ la individ, așa cum s-a arătat mai sus.

II.3.5. Dependența de medicamente

Dependența este tendința de a căuta ajutor și protecție pe lângă altcineva, de a lăsa pe altul să ia orice decizie, ca urmare a pierderii maturității și a autonomiei. (Larousse, Marele Dicționar al Psihologiei, 2006, p. 322).

Dependența se instalează pe fondul unei nevoi de cele mai multe ori de ordin afectiv ca urmare a unei stime de sine scăzute sau a unei traume afective care generează suferință. Această nevoie constituie punctul de plecare în ciclul dependenței. Odată ce nevoia este satisfăcută prin intermediul unor surogate (persoane sau diferite substanțe), apare sentimentul de calmare a durerii. Astfel, înlocuitorul care duce la satisfacerea nevoii afective ia forma unei dependențe.

Deoarece efectul de calmare a durerii este temporar, „dozele" devin din ce în ce mai mari. Persoana ajunge să-și construiască întreaga existență în jurul acestei dependențe, neglijându-și relațiile, școala sau profesia, izolându-se de restul lumii. Relațiile dificile și implicit celelalte consecințe ale acestui stil de viață (furt, minciună, violență etc.) devin ele însele un nou factor declanșator al durerii, iar ciclul dependenței este reluat (Hemfelt et al., 1989, pp. 21-22).

Elena, în vârstă de 62 de ani suferă de sindrom nefrotic. Până la aflarea diagnosticului pozitiv au trecut doi ani în care Elena a încercat mai multe tratamente, multe dintre acestea autoadministrate ca urmare a ceea ce a citit în reviste sau i s-a spus de către alte persoane. În momentul de față ia câte 16 tablete pe zi. Majoritatea au ca rol combaterea efectelor negative ale medicației anterioare luate pentru tratamentul diabetului, hipercolesterolemie etc. Spune că sunt zile în care uită să-și ia medicamentul de la prânz și lucrul acesta o enervează enorm. La fel ca imaginea de pe noptiera pe care își ține cutia cu medicamente. Afirmă că se simte prizonierul pastilelor pe care le ia, iar familia nu înțelege suferința prin care trece. Și atunci decide să nu mai ia nici o tabletă.

Odată cu înaintarea în vârstă crește vulnerabilitatea la îmbolnăviri. De cele mai multe ori vârstnicul suferă de mai multe boli concomitent, situație ce duce la o creștere a numărului de medicamente care face ca stilul de viață să se schimbe semnificativ: anumite medicamente se iau la trezire, alte medicamente după mese etc. Apare cu ușurință sentimentul că întreaga viață este dictată de orarul tratamentului medicamentos. Mai mult, odată cu agravarea bolilor apare nevoia suportului familial, vârstnicul devine dependent de alte persoane pentru a se putea deplasa în afara casei sau pentru efectuarea cumpărăturilor.

Atunci când vârstnicul apelează la consiliere, iar psihologul identifică una dintre probleme ca fiind saturația de a continua medicația, rolul consilierului este de a facilita conștientizarea clientului său cu privire la continuarea vieții. Dependența de medicamente nu este un lucru ce poate fi schimbat, însă perspectiva vârstnicului cu privire la această dependență poate fi schimbată. Rezultatele comportamentale ale demersului de consiliere în acest sens constau în continuarea tratamentului medicamentos și vizite regulate la medicul care confirmă sau schimbă medicația. Modul în care se ajunge la aceste rezultate include parcurgerea unei serii de etape ce pot diferi de la persoană la persoană:

- Conștientizarea necesității tratamentului (consilierul sprijină vârstnicul să întocmească o listă cu avantajele și dezavantajele tratamentului medicamentos);
- Creșterea motivației pentru continuarea tratamentului (consilierul facilitează procesul de identificare a resurselor interne și externe care determină vârstnicul să fie o persoană activă și/sau prezentă în viața de familie. Ex. „Care sunt lucrurile din trecut pe care vi le-ați propus și ați reușit?", „Ce puncte tari aveți care v-ar putea ajuta să reușiți?", „Există o persoană sau mai multe pe care o/le simțiți mai aproape de dvs.?");

- Identificarea și exersarea unor strategii de a face față posibilelor situații în care vârstnicul se simte descurajat de dependența de medicamente.

II.3.6. Copingul religios

Copingul, definit ca gânduri și comportamente folosite pentru a răspunde cerințelor interne și externe ale situațiilor evaluate ca fiind stresante (Folkman, Moskowitz, 2004) este subiect al cercetărilor științifice încă din anii `60 odată cu lucrarea lui Richard Lazarus, *Psychological Stress and the Coping Process* (1966). Majoritatea cercetătorilor au căutat, prin abordarea acestui concept, să explice de ce unele persoane fac față cu succes situațiilor stresante, spre deosebire de alte persoane.

Studiile în domeniu au condus la includerea strategiilor de coping în programe de intervenție cognitiv comportamentale, înțelegându-se prin dezvoltarea acestor strategii construirea și orientarea persoanei asistate spre soluții care conduc la mobilizarea resurselor și creșterea încrederii în șansele de reușită.

Pe de altă parte, o altă temă studiată în legătură cu modul în care persoanele fac față stresului și/sau evenimentelor traumatice din viața lor este religia și faptul de a fi religios. În ciuda dificultăților de operaționalizare a constructului de religie, multe cercetări au indicat asociații pozitive între religie și adaptare pozitivă precum și între credințele și practicile religioase și indici ai bunăstării psihice (Ross *et al.*, 2009).

Pargament *et al.* (1988, *apud* Kolchakian, Sears, 1999) au identificat trei stiluri de coping religios:

(a) Amânare – individul se bazează doar pe Dumnezeu pentru a face față stresului sau evenimentelor stresante;

(b) Colaborativ – individul și Dumnezeu înțeleg să aibă o responsabilitate comună și să lucreze împreună pentru a ajunge la o soluție;

(c) Auto-direcționare – este o abordare activă prin care individul se bazează pe sine pentru a face față evenimentelor stresante, păstrând în același timp un anumit grad de religiozitate.

Cercetările au arătat faptul că în special adulții preferă copingul religios ca mecanism de apărare mai ales în situațiile foarte stresante. Totodată s-au stabilit corelații pozitive între stilul colaborativ și stima de sine și corelații negative între stilul de amânare și competențe (Pargament *et al.*, 1988, *apud* Kolchakian & Sears, 1999).

Într-un studiu realizat de Bosworth, Park, McQuoid, Hazs și Steffens (2003) pe o populație de 114 vârstnici peste 60 de ani suferind de depresie, autorii au încercat să vadă în ce măsură copingul religios influențează evoluția/regresia bolii. În acest sens copingul religios a fost operaționalizat ca fiind pozitiv sau negativ. Copingul religios pozitiv a fost evidențiat prin următoarele declarații „Mă gândesc cum viața mea este parte a unei forțe spirituale mai mari", „Lucrez împreună cu Dumnezeu ca Parteneri", „Mă îndrept spre Dumnezeu pentru

putere, suport și îndrumare". Întrebările care au explicat copingul religios negativ au fost „Simt că Dumnezeu mă pedepsește pentru păcatele mele sau lipsa spiritualității", „Mă întreb dacă nu cumva Dumnezeu m-a abandonat" și „Încerc să-mi dau seama cum stau lucrurile și să decid ce vreau să fac fără să mă bazez pe Dumnezeu". Rezultatele studiului au arătat că (a) religiozitatea și copingul religios corelează cu depresia; (b) copingul religios pozitiv influențează nivelurile depresiei pe termen lung; (c) iar copingul religios negativ corelează cu simptome grave ale depresiei la debutul bolii, însă nu există corelații cu efectele depresiei la șase luni după debutul bolii.

Aceste rezultate sunt consistente cu alte cercetări care subliniază importanța copingului religios în procesul de adaptare la situații de viață stresante sau traumatice. Totodată, un rezultat important al cercetărilor în domeniu constă în identificarea unor factori care mediază între credințele și practicile religioase și sănătatea mintală. O parte din acești factori de mediere sunt menționați mai jos (Jones, 2004):

- Multe practici religioase provoacă „răspunsuri de relaxare" care contribuie la reducerea activității sistemului nervos simpatic, a tensiunii musculare sau scăderea tensiunii arteriale.
- Religia contribuie la reducerea implicării individului în comportamente nesănătoase cum ar fi: abuzul de alcool, fumatul, abuzul de droguri, relații sexuale neprotejate, tentative de suicid etc.
- Practica religioasă corelează pozitiv cu suportul social ridicat, fapt ce are consecințe asupra sănătății fizice și mintale.
- Persoanele religioase se conformează mai ușor tratamentelor medicale și sfaturilor medicilor.
- Religia contribuie la dezvoltarea sentimentului de coerență și semnificație a vieții în direcția creșterii speranței într-un viitor mai bun.

Factorii de mediere descriși mai sus sunt în același timp variabile motivaționale în procesul de consiliere. De aceea, în lucrul cu persoanele vârstnice este important să se evalueze importanța percepută a religiei în viața persoanei asistate cu scopul de a încuraja dezvoltarea strategiei de coping religios în confruntarea cu situațiile și evenimentele legate de îmbătrânire.

II.4. INTERVIUL MOTIVAȚIONAL

Doctorii William R. Miller și Stephen Rollnik, autorii interviului motivațional, sunt profesori la University of New Mexico, respectiv Departamentul de Medicină Generală a University of Wales, College of Medicine. Pe lângă numeroasele publicații, experiența profesională cuprinde mulți ani dedicați domeniului adicțiilor prin cercetări clinice și lucrul direct cu persoane afectate.

Interviul motivațional ca abordare clinică a trezit un viu interes de la prima sa ediție, în 1991. Astfel, confruntați cu numeroase solicitări de formare clinică, autorii au format 300 de persoane care ulterior au pus bazele unei rețele de formatori ce s-au reunit într-o organizație internațională a formatorilor în interviul motivațional, organizație vizibilă prin pagina web www.motivationalinterview.org. Extinderea aplicabilității acestei metode clinice de la adicții la alte domenii cum ar fi asistența socială, sănătatea mintală în general, justiția penală etc. a condus la reeditarea cărții în 2002, la Guilford Press, New York. Prezentarea de mai jos reprezintă o sistematizare a informațiilor din această nouă ediție.

II.4.1. Definiții și termeni

Interviul motivațional nu este, așa cum reiese din denumire, un interviu în sine, cu întrebări standard și răspunsuri cuantificabile, ci o metodă de consiliere directivă, centrată pe client prin care se urmărește creșterea intrinsecă a motivației pentru schimbare prin explorarea și rezolvarea ambivalenței.

Există o serie de termeni folosiți în explicarea interviului motivațional care reflectă principiile care stau la baza acestei metode:

- **Ambivalența** reprezintă un aspect normal al naturii umane. Aceasta reflectă nesiguranța cu privire la o anumită situație. Dorim sau vrem să facem un anumit lucru, dar în același timp refuzăm să acționăm din diferite considerente. Ambivalența capătă nuanțe patologice în momentul în care persoana rămâne blocată în indecizia sa (de a renunța la alcool, droguri, de a produce o schimbare semnificativă în viață etc.) astfel încât frustrările, regretele și intensitatea emoțiilor devin un impediment pentru funcționarea sa psihosocială.
- **Balanța decizională** este un instrument de lucru prin intermediul căruia consilierul reflectă pentru clientul său beneficiile și costurile a două comportamente opuse care constituie subiectul ambivalenței: comportamentul dăunător (ex. consumul de alcool în cazul persoanelor dependente) și comportamentul sănătos (ex. renunțarea la alcool). Astfel, pentru a ilustra exemplul dintre paranteze se folosește o fișă a balanței decizionale care cuprinde cele două „teme" principale, fiecăreia fiindu-i atribuite beneficiile, respectiv costurile așa cum sunt ele percepute de către client: tema 1 – „continui să beau alcool": beneficii („mă relaxează", „pot sa spun ce am pe suflet", „sunt cu prietenii" etc.) și costuri („familia mă respinge", „tremur a doua zi", „nu mă pot concentra", „iau și pastile și asta face să-mi fie și mai rău" etc.); tema 2 – „renunț la consumul de alcool": beneficii („familia este alături de mine", „mă simt mai bine din punct de vedere fizic" etc.) și costuri („nu pot să spun lucrurilor pe nume", „nu voi mai avea un aliat care să mă ajute să uit", „prietenii mă judecă și mă părăsesc" etc.).
- **Exprimarea empatiei** printr-o atitudine de respect, acceptare a persoa-

nei și ambivalenței acesteia. Empatia este o tehnică de lucru prin intermediul căreia consilierul percepe cadrul intern de referință al altuia, cu acuratețe, cu toate componentele sale emoționale și semnificațiile care-i aparțin "ca și cum" ar fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiția de "ca și cum" (Carl Rogers, 1959, *apud* Gherghinescu, 2001, p. 27). Acceptarea persoanei și a ambivalenței acesteia se referă la ascultarea activă și reflexivă fără judecăți de valoare, fără critici sau învinovățiri și admiterea reticenței vizavi de schimbare ca manifestare normală a procesului.

- **Dezvoltarea discrepanței** dintre comportamentul prezent și valorile clientului. Creșterea motivației pentru schimbare presupune un proces prin intermediul căruia clientul conștientizează importanța schimbării prin prisma argumentelor aduse de client, argumente ce susțin contradicția între manifestările comportamentale și ceea ce clientul valorizează în viață (ex. clientul valorizează cinstea, însă își dă seama că în toate aspectele vieții sale acesta minte).
- **Lupta cu rezistența** văzută ca modalitate prin care consilierul, aflat în fața răspunsurilor rezistente ale clientului, îl ajută pe acesta să formuleze argumentele pentru schimbare și nu le oferă el într-un mod direct, reformulând într-un mod subtil opoziția în favoarea schimbării (ex. Clientul: „Simt că nu mai am putere. Pur și simplu nu cred că aș putea să mă mai schimb la vârsta aceasta.", Consilierul: „Vă străduiți din greu să realizați schimbarea.").
- Promovarea la client a unei **atitudini optimiste, a încrederii în capacitățile sale** (autoeficacitate). Acest principiu presupune pe de o parte încrederea pe care consilierul o investește în clientul său că acesta are resursele necesare pentru schimbare și astfel aceasta se transformă în profeție auto-îndeplinită, iar pe de altă parte încrederea clientului că se poate schimba, ca factor de motivație în sine.

II.4.2. Etapele interviului motivațional

Interviul motivațional ca metodă este structurat de autorii săi (W. R. Miller și S. Rollnick, 2002) în două etape în funcție de nivelul de pregătire al clientului pentru schimbare: construirea motivației pentru schimbare și întărirea angajamentului în schimbare.

1. Construirea motivației pentru schimbare

În această etapă o importanță deosebită se acordă percepției clientului cu privire la schimbare: în ce măsură această schimbare este văzută ca fiind una prioritară și câtă încredere se acordă șanselor de reușită. Atât importanța cât și șansa de reușită percepute pot fi evaluate în timpul interviului cu ajutorul scalelor numerice sau procentuale unde 0 este „deloc important"/„total neîncrezător", iar 10, respectiv 100% este „foarte important"/„extrem de încrezător".

Acest început creează premisele discursului despre schimbare și în același timp poate reprezenta o modalitate de monitorizare pe parcursul ședințelor.

În cadrul etapei de construire a motivației pentru schimbare apare, inevitabil, rezistența clientului. Aceasta nu trebuie privită ca o modalitate de necooperare din partea clientului în procesul de consiliere, ci mai degrabă ca un răspuns natural și normal din partea acestuia la procesul asistențial. De fapt, rezistența presupune un semnal pe care clientul îl dă consilierului spunându-i că nu este încă pregătit sau ritmul este prea rapid. Un exemplu de rezistență îl poate constitui cazul vârstnicului diabetic care pare că nu vrea să înțeleagă importanța regimului alimentar. Astfel, deși consilierul utilizează informații medicale prin care explică riscurile la care persoana se supune consumând dulciuri preparate cu zahăr, vârstnicul răspunde prin „Știu, dar dulciurile pentru diabetici sunt scumpe" sau „Dumneavoastră nu știți ce înseamnă să trebuiască să te abții tot timpul și să-ți fie tot timpul poftă... apoi... familia mea s-a învățat să-mi ceară să fac prăjituri, iar mie îmi face plăcere să le gătesc". Răspunsurile la acest tip de rezistență presupun folosirea unor tehnici de consiliere specifice:

- **Reflecția** („Este dificil de imaginat că cineva ar putea înțelege ce înseamnă să-ți fie poftă tot timpul și să nu poți să guști..."");
- **Schimbarea perspectivei** („Mă bucur mult că știți despre toate aceste lucruri. Spuneți-mi, cum a fost ultima oară când ați mâncat prăjituri?");
- **Reformularea** („Abstinența este într-adevăr frustrantă și gândul că ceva este interzis provoacă disconfort... Cum este acest disconfort la dumneavoastră?");
- **Evidențierea privind asumarea responsabilității** („Decizia privind consumul de dulciuri vă aparține. Tot ce pot să fac eu este să vă spun care sunt avantajele și dezavantajele acestui lucru, însă dumneavoastră hotărâți dacă respectați regimul sau nu.").

Creșterea încrederii în schimbare este o altă componentă a construirii motivației pentru schimbare. Această componentă face apel la resursele proprii ale clientului utilizând o serie de tehnici cu ar fi:

- Întrebările evocatoare prin care sunt stimulate idei de rezolvare a problemei prin intermediul descoperirii calităților personale („Ce obstacole considerați că veți întâmpina în încercarea dumneavoastră de a renunța la dulciurile cu zahăr și cum ați putea să le depășiți?");
- Scala încrederii („Ce anume ar presupune pentru dumneavoastră să înaintați de la încrederea notată cu 4 la cea cu 6?");
- Parcurgerea evenimentelor din trecut încununate cu succes („Au existat în trecut momente în care v-ați abținut de la dulciuri? Cum anume ați procedat?");
- Schimbarea ipotetică („Să presupunem că ați reușit să respectați regimul alimentar și că lucrul acesta vă face să vă simțiți bine cu dumneavoastră înșivă. Dacă ar fi să priviți în urmă, ce anume credeți că a funcționat?").

2. Întărirea angajamentului pentru schimbare

Această fază a interviului motivațional este una de acțiune în care clientul și consilierul colaborează pentru construirea unei strategii de schimbare, utilizând hotărârea privind schimbarea și resursele identificate anterior.

Deși etapa de întărire este mai activă, ea trebuie să aibă același principiu al colaborării și înțelegerii naturii schimbării: ambivalența nu va dispărea complet după luarea hotărârii, motiv pentru care consilierul trebuie să fie conștient că pot exista recăderi prin care clientul repune la îndoială balanța deciziei de a se schimba. În acest caz reacția consilierului trebuie să fie una de suport prin reluarea discuțiilor cu privire la avantajele și dezavantajele schimbării comportamentului problemă, păstrând în același timp atitudinea de îndreptare a responsabilității cu privire la schimbare asupra clientului. Această reacție din partea consilierului previne de asemenea riscul pe care acesta îl poate întâmpina prin prescrierea planurilor de schimbare: din prea mult entuziasm, consilierul poate veni singur cu idei despre ce și cum trebuie să facă clientul, diminuând astfel activarea resurselor proprii clientului. În același timp, prea puțină implicare din partea consilierului este contraindicată: a doua fază a interviului motivațional este una de negociere a variantelor și alternativelor pe care clientul le identifică pentru sine cu sprijinul consilierului.

Procesul de negociere, caracteristic începutului fazei a doua, se referă la **stabilirea scopurilor** ca urmare a două progrese obținute în faza 1: schimbarea este o hotărâre luată de client și acesta este conștient de resursele sale interne și externe. Sarcina consilierului în această etapă este să faciliteze pentru client formularea unor scopuri cât mai specifice, măsurabile, posibil de atins, realiste și încadrate în timp. Această formulare de tip SMART va contribui la alcătuirea unui plan de schimbare coerent. Practic, consilierul trebuie în primul rând să evite capcana expertului în care propune soluții fără a lua în considerare opțiunea clientului. Întrebări ce pot ajuta într-o astfel de formulare: „Ce anume vreți să schimbați?" (răspunsurile trebuie să vizeze comportamente specifice și nu noțiuni generale sau abstracte de genul „viața mea", „căsnicia", „să fiu împăcat cu mine însumi" etc.), „Cum ați vrea să difere lucrurile de situația prezentă?". Întrebările ajutătoare vor fi centrate spre specific: „Ce anume din viața/căsnicia dumneavoastră doriți să schimbați?", „Cum anume v-ați comporta dacă ați fi împăcat cu dumneavoastră?". Măsura comportamentelor dorite rezidă în frecvența acestora (ex. „Să aduc flori soției cel puțin odată pe lună.", „Să cer iertare persoanelor care au suferit din cauza abuzului meu de alcool." etc.). Este indicat să se urmărească răspunsuri care să reflecte resursele proprii clientului care fac ca scopul să fie posibil de atins și în același timp să fie cât mai realiste. Din acest punct de vedere o importanță deosebită o are principiul autoeficacității unde responsabilitatea schimbării aparține clientului și nu altor persoane din viața acestuia. Un răspuns de tipul „Soția să fie mai iubitoare" privește o schimbare a soției. Comportamentele urmărite în formularea scopurilor trebuie să vizeze ac-

țiuni ce sunt întreprinse de client, nu de alte persoane. Schimbarea este posibilă numai asupra propriei persoane. Responsabilitatea schimbării aparține clientului și nu persoanelor relevante din viața acestuia.

Ulterior stabilirii scopurilor este **luarea în considerare a opțiunilor de schimbare.** Aceste opțiuni se referă la strategiile ce vor fi utilizate în schimbare: resursele interne, suportul social al clientului. Este o etapă mai creativă în care poate fi folosit brainstormingul pentru a crea o listă cât mai cuprinzătoare de posibile strategii pentru atingerea scopurilor fixate. Important este să se sublinieze pentru client că sunt binevenite toate ideile și că ulterior se va reveni asupra lor pentru a le evalua și compara astfel încât în final să se opteze doar pentru câteva. O altă metodă implică din partea consilierului întocmirea unei liste cu posibile soluții abordate de alte persoane care au întâmpinat probleme asemănătoare, listă pe care să o prezinte clientului și din care acesta să aleagă soluții pe care să le adapteze propriei persoane.

După ce scopurile au fost stabilite și lista de strategii posibile generată, urmează **întocmirea planului de schimbare.** Această etapă presupune aceeași flexibilitate caracteristică interviului motivațional. Plecând de la rezultatele obținute anterior vor fi adresate întrebări deschise care să stimuleze cât mai mult opțiunea clientului („Ce anume plănuiți să faceți?", „Care credeți că este primul pas?", „Cum veți proceda?"). Negocierea este principiul de bază în acest punct, sarcina consilierului fiind de a rezuma fiecare strategie negociată astfel încât să se asigure atât acceptul clientului cât și o bună înțelegere din partea consilierului cu privire la plan.

Când se ajunge la o înțelegere comună, pentru a **stimula angajamentul pentru schimbare** se va întocmi o fișă a planului de schimbare cu o structură propusă de consilier cu acordul clientului. Această structură reflectă în mare măsură rezumatul din etapa anterioară, formularea va fi la persoana întâi singular și cuprinde:

Fișa planului de schimbare

1. Cel mai important motiv pentru care vreau să fac această schimbare este:
.....
2. Scopurile mele principale în realizarea acestei schimbări sunt:

a. .....

b. .....

c. .....

3. Plănuiesc să fac următoarele schimbări pentru a-mi atinge scopurile:

Acțiune specifică:	Când?

4. Persoanele care mă pot sprijini sunt:

Persoana:	Cum anume mă poate sprijini?

5. Obstacole în schimbare și modul în care aș putea să le depășesc:

Posibile obstacole în schimbare:	Cum aș putea să le răspund?

6. Voi ști că planul meu funcționează atunci când voi vedea următoarele rezultate:
a. .....
b. .....
c. .....

Scopul acestui plan este de a clarifica cât mai mult posibil pașii de urmat de către client. Funcționalitatea lui depinde de acordul verbal și hotărât al clientului de a-l urma. Consilierul trebuie să ia în considerare faptul că este posibil ca persoana din fața sa să nu se simtă încă pregătită pentru acțiunea propriu-zisă. Nu trebuie insistat în acest caz. Sugerarea de a lua acest angajament asupra căruia clientul să mediteze până la următoarea întâlnire poate fi demersul de urmat.

II.4.3. Interviul motivațional și stadiile schimbării. Prezentare de caz

Interviul motivațional poate fi aplicat la diferite probleme comportamentale, de la adicții (dependența de medicamente, consum de alcool etc.) la situații de viață care implică luarea unor decizii (schimbarea domiciliului, a comportamentului, a medicului de familie etc.). În același timp, interviul motivațional are aplicabilitate și în cadrul altor modele teoretice cum este cel transteoretic (MTT – Modelul Transteoretic, propus de Prochaska și DiCelemente în 1983 și revizuit în 1994).

Acest model oferă un cadru integrativ al schimbării comportamentale presupunând parcurgerea într-o manieră progresivă de către client a șase stadii specifice: precontemplativ (persoana nu consideră că are o problemă), contemplativ (recunoaște că are o problemă și se gândește să ia în considerare schimbarea, persoana este ambivalentă), stadiul determinării (persoana ia hotărârea schimbării); stadiul acțiunii (persoana se angajează în diferite acțiuni pentru schimbare), stadiul menținerii (persoana menține sau nu acțiunea pentru schimbare), stadiul (re)căderii (persoana renunță la schimbare, cade sau – după caz – recade în comportamentul problematic).

Modelul propus de Prochaska și DiClemente (1983, 1994) este un cerc, ceea ce presupune că individul parcurge procesul/stadiile de câteva ori înainte de a realiza o schimbare stabilă. Motivația pentru schimbare în cadrul acestei abordări trebuie înțeleasă ca starea de probabilitate a unor anumite comportamente în prezent sau stadiul în care se află persoana ca pregătire pentru schimbare.

Înțelegerea de către consilier a momentului în care se află o persoană care întâmpină o problemă facilitează procesul de consiliere și intervenția specifică.

Utilizarea interviului motivațional în acest model se face de asemenea în funcție de locul unde se află clientul pe cercul schimbării. Astfel, prima fază a interviului motivațional, construirea motivației pentru schimbare, corespunde stadiilor precontemplativ și contemplativ unde sarcina consilierului este de a conștientiza clientul despre problema sa și de a colabora cu acesta în vederea rezolvării ambivalenței. A doua fază a interviului motivațional, întărirea angajamentului pentru schimbare, corespunde stadiilor determinării, acțiunii și menținerii. În al șaselea stadiu, (re)căderea, principiile și tehnicile abordate de interviul motivațional sunt esențiale în acordarea suportului de care are nevoie clientul, în acest moment foarte vulnerabil: normalizarea situației, absența judecării, creșterea motivației pentru reluarea stadiilor din cercul schimbării: contemplativ, determinării, acțiunii și menținerii.

Pentru a ilustra practic folosirea interviului motivațional în cadrul Modelului Transteoretic vom utiliza exemplul Doamnei C. în vârstă de 73 de ani care locuiește împreună cu fiul său, domnul M., divorțat, fără copii și fără ocupație, în vârstă de 46 ani. Doamna C. are o situație medicală complexă, suferind de claudicație intermitentă, cataractă, ulcer perforat și hipertensiune arterială. Cu o pensie de 410 lei, nu reușește să facă față cheltuielilor lunare. Cu toate acestea, în ziua în care primește pensia, primul lucru la care se gândește Doamna C. este să-i dea bani fiului său „(...) să-și mai ia și el câte ceva. Săracul, nu are nici cu ce se îmbrăca." Odată pe lună Domnul M. iese în oraș cu prietenii să bea. Când vine acasă se poartă violent cu mama sa: o înjură, uneori o îmbrâncește, face scandal ore întregi. Când este întrebată despre modul în care se simte în legătură cu acest comportament al fiului, Doamna C. îl scuză spunând că „era beat".

Stadiul precontemplativ. În acest stadiu există patru tipuri de răspunsuri care se traduc prin reticență vizavi de existența unei probleme: reluctanță, revoltă, resemnare și raționalizare. În funcție de aceste răspunsuri, consilierul poate avea diferite reacții. Important pentru persoanele precontemplative nu este să li se spună și să accepte faptul că au o problemă, ci să li se inducă ideea că există o problemă în legătură cu un comportament specific.

- Persoanele reluctante sunt mai degrabă pasive, nu sunt conștiente de faptul că au o anumită problemă. Motivarea unor astfel de persoane necesită timp, ascultare atentă și empatie pentru dirijarea către conștientizare. Doamna C. va fi ascultată despre problemele sale de sănătate și dificultățile pe care le întâmpină cu fiul său care îi cere tot timpul bani. Răspunsurile de reflectare (ex. „...și dumneavoastră rămâneți fără bani de medicamente...") pot contribui la facilitarea conștientizării cu condiția ca întrebările să nu insiste pe relevarea problemei.
- Persoanele care se revoltă au cunoștință despre comportamentele problemă și chiar au investit foarte multă energie în acestea. Doamna C. este o mamă

extrem de preocupată de starea de bine a fiului său pe care îl încurajează permanent atunci când acesta se confruntă cu o situație inconfortabilă (nu reușește să se angajeze, se simte rău după o noapte de beție etc.). Răspunsul Doamnei C. care manifestă revoltă la ideea că fiul său reprezintă o problemă pentru dumneaei va fi cel mai probabil „N-o să-mi spuneți mie cum să mă port cu copilul meu!". Cel mai bun demers al consilierului în acest caz este să accepte acest punct de vedere „Cu siguranță dumneavoastră știți cel mai bine cum este relația cu fiul dumneavoastră și eu nu am nici o intenție să schimb această părere a dumneavoastră". Un astfel de răspuns contribuie la scăderea intensității cu care mama își apără fiul.

• Persoanele resemnate sunt persoane care par lipsite de energie în abordarea temei comportamentului problemă. Răspunsul Doamnei C. în acest caz ar putea fi „Este singurul meu copil. Doar el mi-a rămas." Mesajul este că e prea târziu să încerce să facă ceva pentru a schimba relația cu fiul său. Răspunsurile consilierului trebuie să vizeze redarea/insuflarea speranței. În acest caz consilierul nu trebuie să cadă în capcana de a vedea sursa tuturor „relelor" în fiu, ci întrebările să vizeze nevoia mamei de a se schimba prin re-cadrarea percepției vis a vis de modul în care relația cu fiul său ar putea să decurgă. Această schimbare de percepție în stadiul precontemplativ poate fi introdusă prin întrebarea „Cum obișnuiați să vă imaginați, atunci când domnul M. era copil, că ar fi arătat azi relația cu fiul dumneavoastră?"

• Precontemplatorii raționali sunt de asemenea persoane energice în sensul că sunt permanent preocupați de argumentarea motivelor pentru care comportamentul problemă nu ar trebui schimbat. Dacă Doamna C. ar fi un precontemplator rațional, atunci probabil va spune consilierului despre faptul că fiul său, deși a venit beat și s-a purtat urât, de vină sunt prietenii lui, va vorbi despre criza economică și dificultățile de a găsi (și păstra) un loc de muncă, despre patroni care exploatează forța de muncă etc. Argumentele vizează cogniții și mai puțin emoții și sunt de cele mai multe ori blamări exterioare ce tind să conducă discuția în afara procesului de consiliere. Relația Doamnei C. cu fiul său poate fi readusă în discuție prin explorarea emoțiilor vis a vis de acesta: „Ce simțiți pentru fiul dumneavoastră?" (se vor adresa întrebări atât despre momentele pozitive, cât și negative ale relației). Această explorare are ca scop plasarea, într-o balanță decizională, a argumentelor pro și contra statusului relației.

Stadiul contemplativ este momentul în care clientul recunoaște că are o problemă și începe să se gândească cum să o rezolve. Sarcina consilierului în acest stadiu este de a facilita, prin intermediul balanței decizionale, luarea deciziei de schimbare. Se poate interpreta că, odată recunoscută o problemă și odată apărută disponibilitatea de a o rezolva se poate trece direct la acțiune. Nu este însă momentul în acest stadiu căruia caracteristic este ambivalența. Luarea deciziei de schimbare este un proces îndelungat, cu progrese și reveniri. Consi-

lierul, prin oferirea de informații, feedback, empatie, ascultare atentă, rezumare și responsabilizare a clientului, trebuie să încline balanța decizională în favoarea schimbării. Acest lucru poate fi realizat prin explorarea beneficiilor comportamentului nedorit și a gândurilor pozitive legate de comportamentul care se dorește a fi schimbat.

În cazul nostru, Doamna C. realizează faptul că îngăduința pentru comportamentul iresponsabil al fiului său adult îi provoacă stare de nemulțumire față de sine. Cu toate acestea, Domnul M. este unicul ei fiu și nu poate renunța pur și simplu la modul în care l-a tratat toată viața, nu-l poate da afară din casă. Doamna C. nu trebuie însă să facă aceste lucruri pentru a avea o stare de bine. Consilierul poate intui că lucrurile enumerate de vârstnică sunt posibile soluții pentru aceasta sau poate imagina faptul că o reevaluare a relației cu fiul său este cel mai indicat lucru. De fapt, singura persoană care știe cel mai bine care este cea mai bună soluție este chiar Doamna C. Astfel, încercarea de definire a stării de mulțumire cu sine așa cum este ea percepută de către clientă poate constitui premisele de la care se poate porni în construirea balanței decizionale. Astfel, starea de mulțumire față de sine a Doamnei C. poate apărea atât în imaginarea unei atitudini hotărâte față de fiul său privind contribuția acestuia la cheltuielile lunare (comportament dorit), cât și în satisfacția resimțită când reușește să-și ajute copilul cu niște bănuți (comportament actual). De fapt, în cazul Doamnei C. nu este vorba de un singur comportament ce ar putea fi schimbat pentru a crea starea de mulțumire, ci de o întreagă percepție asupra relației acesteia cu fiul. Definirea stării de mulțumire din punctul de vedere al Doamnei C. este foarte importantă din două puncte de vedere: pe de o parte consilierul se asigură de faptul că va lucra cu „materialul clientului" și nu cu percepțiile proprii, iar pe de altă parte această definire ajută la operaționalizarea conceptului de „stare de mulțumire" în comportamente specifice care vor fi ulterior abordate separat în vederea schimbării.

Stadiul determinării presupune faptul că a fost luată decizia de schimbare. Cu toate acestea, trecerea directă la acțiune nu este încă cea mai bună alegere. În acest stadiu ambivalența nu este complet rezolvată. De aceea, este necesară o bună evaluare a strategiei de schimbare înainte de a acționa. Această strategie poate fi construită prin intermediul brainstorming-ului sau prin sugerarea unei liste de opțiuni din care clientul să aleagă și pe care să le adapteze propriei persoane.

Pentru Doamna C. schimbarea percepției relației cu fiul său este una complexă. Așa cum s-a arătat mai sus, această schimbare implică mai multe schimbări, dar de această dată a unor comportamente concrete. Cel mai util pentru Doamna C. este ca, după ce s-a întocmit lista comportamentelor care definesc starea de mulțumire (în stadiul contemplativ), să se refacă ordinea comportamentelor dorite a fi schimbate în funcție de prioritatea acestora. Consilierul poa-

te considera că cel mai important este ca Doamna C. să identifice o persoană resursă care să o ajute în procesul de schimbare, însă pentru Doamna C. important este să-şi poată lua medicaţia lunară. Acest lucru poate fi realizat dacă Doamna C. nu mai dă bani din pensie fiului său pe care îl anunţă în acest sens. Plecându-se de la acest comportament specific, se întocmeşte planul de schimbare (important este ca acest plan să fie întocmit în limbajul folosit de Doamna C.):

Fişa planului de schimbare

1. Cel mai important motiv pentru care vreau să fac această schimbare este să mă simt mulţumită de mine însămi.

2. Scopul meu în realizarea acestei schimbări este: să conştientizez pe fiul meu despre importanţa medicaţiei mele.

3. Plănuiesc să fac următoarele schimbări pentru a-mi atinge scopurile:

Acţiune specifică:	**Când?**
a. Să vorbesc cu fiul meu despre bolile mele şi ce mi se poate întâmpla dacă nu-mi iau pastilele; b. Să îmi anunţ băiatul că nu voi mai putea să îl ajut cu bani.	Mâine, după masa de prânz.

4. Persoanele care mă pot sprijini sunt:

Persoana:	**Cum anume mă poate sprijini?**
Doamna X, vecina de la etajul 4 care ne ajută cu mâncare.	Poate să îi arate băiatului ultima externare din spital şi să citească ce mi-a recomandat doctorul. Poate să-i spună ce se poate întâmpla cu mine dacă nu iau toate pastilele.

5. Obstacole în schimbare şi modul în care aş putea să le depăşesc:

Posibile obstacole în schimbare:	**Cum aş putea să le răspund?**
Fiul meu nu vrea să stăm de vorbă. Doamna X nu poate veni mâine la prânz. Băiatul se enervează şi dă vina pe stat că nu mă ajută.	Insist că este important pentru mine să avem o discuţie. O rog să facă un efort, dacă nu planific o altă zi, când poate fi prezentă. Îi voi spune că până să mă ajute statul trebuie să mă ajut singură.

6. Voi şti că planul meu funcţionează atunci când voi vedea următoarele rezultate: Doamna X acceptă să mă ajute; băiatul meu a înţeles că vreau să mă ocup de mine şi că trebuie să-mi iau toate medicamentele; băiatul meu spune că se apucă din nou de căutat un loc de muncă.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Stadiul acțiunii este cel în care clientul se angajează în schimbare. Sarcina consilierului în acest stadiu este de a oferi sprijin și feedback pe măsură ce clientul implementează schimbarea. În același timp consilierul stimulează autoeficacitatea clientului, face o reevaluare a nivelului motivației pentru schimbare și facilitează pentru acesta conștientizarea faptului că reușitele se datorează capacității sale de a interioriza motivul schimbării.

Doamna C. povestește despre cum a decurs discuția cu fiul său, cum s-a simțit verbalizând către acesta hotărârea luată. Pot apărea discuții legate despre modul în care a fost comunicată această hotărâre, dificultățile întâmpinate etc.

Stadiul menținerii, așa cum reiese din denumire, presupune acțiuni ce se referă la întărirea reușitelor, fiind în același timp un proces de prevenire a recăderii. Autorii modelului transteoretic vorbesc despre reluarea stadiilor schimbării de mai multe ori înainte de a realiza schimbarea definitivă. De aceea, în acest stadiu, sarcina consilierului cade din nou pe reevaluarea nivelului motivațional și pe sprijin în aprecierea posibilelor noi obstacole. Nu este exclus ca în acest stadiu să existe noi ajustări ale planului de schimbare.

Doamna C. simte mândrie pentru reușita de a fi vorbit cu fiul său și mai ales pentru faptul că poate să-și cumpere toate medicamentele care-i asigură o stabilitate a stării de sănătate. Resimte totuși frică cu privire la posibilele reacții ale fiului și uneori cu privire la tentația sa de a-și ajuta fiul. Este firesc ca după ce o viață întreagă și-a susținut financiar și moral copilul, să renunțe dintr-o dată tocmai acum. Sarcina consilierului, pe lângă întărirea reușitei, este de a introduce noi teme în funcție de ceea ce resimte Doamna C.: exersarea comunicării asertive cu fiul cu privire la hotărârea de schimbare și „cum va reacționa Doamna C. atunci când va simți nevoia de a-și ajuta fiul" (care sunt indicii care semnalează dorința Doamnei C. de a da bani fiului; cum va reacționa – comportamente specifice – atunci când va resimți această dorință (comportamentele nu trebuie sugerate, ci trebuie să vină din partea clientei): va merge să vorbească cu Doamna X, va spune o rugăciune de întărire etc.).

Stadiul (re)căderii constituie o etapă normală în procesul de schimbare. Factori interni cum sunt obișnuința sau dependența de comportamentul dăunător sau factori externi ce nu țin de controlul clientului (persoana aleasă ca suport nu este disponibilă în momentul respectiv, schimbări în viața socială și familială etc.) provoacă reluarea deprinderilor anterioare. Sarcina consilierului este în primul rând de a oferi sprijin. În stadiile anterioare clientul a investi multă energie: atât fizică, cât mai ales psihică, speranțe. Căderea poate fi extrem de dureroasă; apar sentimente de vinovăție și deznădejde, depresia se poate instala ușor. Important este ca aceste reacții să fie normalizate încă de la debutul lor și să se arate că experiența respectivă este de fapt o ocazie de a învăța și nu un eșec.

Fiul Doamnei C. ajunge acasă deprimat. Spune mamei sale că nu-și va găsi nicicând un loc de muncă, neavând nici măcar papuci și o haină cu care să se prezinte la un interviu sau la o discuție cu un angajator. Doamna C. se gândește că dacă îi va asigura îmbrăcămintea și încălțămintea fiului, acesta își va găsi un loc de muncă și amândoi vor fi mulțumiți, așa că îi dă acestuia bani. Domnul M. vine câteva ore mai târziu acasă beat. Doamna C. nu mai are bani de pastile pe luna respectivă și suportă înjurăturile copilului ei. Totul este ca înainte. Empatia consilierului și reflecția constituie sprijinul inițial, de normalizare a sentimentelor resimțite în prezent; prin reformulare se poate introduce reluarea stadiilor din cercul schimbării prin re-evaluarea motivației și a planului de schimbare (ex. „Faptul că ați reușit atâta timp să vă mențineți hotărârea arată că sunteți o persoană puternică. Oamenii de știință spun că pentru a realiza o schimbare definitivă trebuie să putem trece prin astfel de experiențe pentru că ele ne ajută să învățăm cum să facem să nu se mai întâmple. Dumneavoastră ce considerați că ați învățat din faptul că ați renunțat la banii dumneavoastră de medicamente?")

Exemplele de mai sus ilustrează doar anumite situații de practică cu persoane vârstnice în care a fost folosit interviul motivațional și Modelul Transteoretic. Problemele vârstnicilor sunt însă extrem de variate și modul în care consilierul facilitează schimbarea comportamentelor utilizând tehnicile interviului motivațional și alte tehnici și modele teoretice învățate depinde nu doar de capacitatea de structurare a informațiilor teoretice, cât mai ales de creativitatea consilierului și de conștientizarea de către acesta a faptului că expertul în problema clientului este clientul însuși.

II.5. REZILIENȚA PERSOANELOR VÂRSTNICE

II.5.1. Perspective teoretice

Reziliența este considerată ca fiind o caracteristică a personalității care moderează efectele negative ale stresului și promovează adaptarea (Richardson, 2002, *apud* Wells, 2010). Deși conceptul de reziliență nu este unul nou, el a pătruns în științele socioumane în anii `70 când studiile de cercetare s-au centrat asupra diferențelor de adaptare a persoanelor la același eveniment traumatic (Munteanu & Muntean, 2011). S-a remarcat astfel că în prezența aceluiași stresor, unii oameni reușesc să facă față problemelor prin adoptarea unor comportamente adaptative (înfruntă problema apelând la resursele interne și externe), în vreme ce alte persoane clachează, angajându-se în comportamente autodistructive (neagă existența problemei sau fug de aceasta, consumă alcool sau alte substanțe în dorința de a uita etc.).

Conceptul de reziliență reprezintă o abordare nouă în sensul în care nu se centrează pe identificarea și analiza problemelor unui individ, ci pe identificarea calităților interne și externe care-l ajută pe acesta să facă față sau să depășească

diferite situații de viață. Întrebarea la care s-a încercat un răspuns în construirea conceptului a fost „Ce caracteristici au persoanele care depășesc anumite situații dificile de viață spre deosebire de persoanele care adoptă în situații similare comportamente distructive?" (Richardson, 2002)

Cel mai citat studiu cu privire la calitățile reziliente este cel al lui Emmy Werner (1982) și al colegei sale R. Smith (Werner & Smith, 1992) care au raportat rezultatele unui studiu longitudinal început în 1955, având ca subiect principal o populație multirasială de copii pentru care s-a prezis că se află în situații de risc major datorită a patru categorii de factori de mediu. Aproximativ 200 din cei 700 de copii investigați se aflau în risc datorită riscului perinatal, sărăciei, instabilității cotidiene și problemelor grave de sănătate mintală a părinților. Rezultatele au arătat că 72 din cei 200 de copii au progresat foarte bine, în ciuda factorilor de risc. Werner a categorizat calitățile reziliente în caracteristici personale: să fie femeie, robustă, responsabilă din punct de vedere social, adaptabilă, tolerantă, orientată spre realizări, bun comunicator și să aibă o stimă de sine ridicată. De asemenea, studiul a subliniat influența mediului asupra modului în care tinerii au făcut față situațiilor dificile. Alți autori (Michael Rutter (1979, 1985), Garmeyz, Masten și Tellegen (1984)) au completat lista calităților reziliente: climat școlar pozitiv, îndemânare, auto-eficacitate, abilități de planificare, relație apropiată și călduroasă cu un adult, expectanțe ridicate, locus control intern, autodisciplină, perspective pozitive, abilități de rezolvare constructivă de probleme, gândire critică și umor.

Psihologia pozitivă (Seligman și Csikszentmihalyi, 2000) au adăugat calităților reziliente: fericirea, starea de bine subiectivă, optimismul, credința, autodeterminarea, creativitatea, moralitatea și auto-controlul, gratitudinea, iertarea, speranța și umilința.

Identificarea calităților individuale a permis dezvoltarea teoriei rezilienței văzută ca proces în care calitățile considerate ca fiind reziliente sunt atinse printr-o lege a întreruperii și reintegrării (Flach, 1997). Pe parcursul vieții o persoană trăiește diferite evenimente cărora, pentru a le face față, dezvoltă calități reziliente astfel încât evenimentele respective devin rutină și nu blochează cursul vieții. Oamenii învață să-și administreze singuri gospodăria, să aibă grijă de nevoile personale, să gătească etc. fără să perceapă aceste lucruri ca fiind o ruptură în viața personală (Richardson, 2002). De cele mai multe ori factorul care poate determina întreruperea este dat de evenimentele de viață care presupun schimbare. Oamenii tind să prefere evenimente și situații care îi fac să se simtă confortabil, care le sunt familiare. Alegerea liceului, angajarea, căsătoria, schimbarea locului de muncă, pensionarea – toate aceste evenimente au potențial de dezvoltare personală. Însă acestea sunt evenimente care pot declanșa emoții și introspecții. Reintegrarea rezilientă presupune dezvoltarea personală prin intermediul schimbărilor care apar în viața unei persoane. Reintegrarea disfuncțională apare atunci când se recurge la consum de substanțe sau alcool și

alte comportamente disfuncționale și/sau autodistructive. Evenimentele de viață care se pot constitui în factori de risc sunt gânduri, sentimente și experiențe care nu au fost trăite înainte sau care - dacă au fost trăite – nu au fost rezolvate într-un mod constructiv.

Procesul prin care se dezvoltă și sunt integrate calitățile reziliente este rezultatul nu doar a caracteristicilor personale, ci mai degrabă a modului în care aceste caracteristici sunt influențate de factorii familiali, de mediu și de cei culturali. Astfel, reziliența apare ca un concept dinamic în care nivelul familial, cel al relațiilor sociale și al societății în general se intersectează cu cel individual în procesul de adaptare. Într-o situație dată, absența calităților individuale poate fi suplinită de modul în care membrii familiei înțeleg să fie alături de persoana care traversează o perioadă dificilă, de prezența unui sistem eficient de servicii comunitare sau chiar de umorul specific societății.

Reziliența unei persoane depinde în mare masură și de etapa de viață pe care aceasta o traversează. Integrarea cu succes a etapelor anterioare specifice dezvoltării umane (copilărie, pubertate, adolescență, tinerețe, vârsta de mijloc, vârsta adultă târzie) reprezintă un factor de protecție care girează integrarea evenimentelor prezente. Cu toate acestea, un individ poate fi rezilient față de o problemă și mai puțin rezilient față de un alt eveniment de viață. De exemplu poate face față cu succes eșuării la un examen școlar, însă mai târziu clachează ca urmare a pierderii locului de muncă. Care au fost factorii care au contribuit la depășirea primului eveniment și cei care nu au fost activați în confruntarea cu cel de-al doilea eveniment? Pot fi transpuse calitățile care au ajutat persoana să traverseze insuccesul școlar la situația de pierdere a locului de muncă? Ce alte resurse interne sau externe are persoana respectivă? Acestea sunt intrebări care au condus extinderea conceptului de reziliență la domeniul asistențial, sub denumirea de reziliență asistată. Conceptul de „reziliență asistată" introdus de Șerban Ionescu (2010) face referire la intervențiile specialiștilor în sănătatea mintală pentru a ajuta persoanele, familiile, comunitățile și societățile să facă față situațiilor de risc (Munteanu & Muntean, 2011).

II.5.2. Factori protectivi abordabili în lucrul cu persoanele vârstnice

Îmbătrânirea este un proces care implică numeroase situații de risc și evenimente stresante, de la alterarea funcțiilor cognitive și senzoriomotorii la pierderea persoanelor dragi sau incapacitatea de a păstra nivelul de activism. Complexitatea afecțiunilor fizice și psihice la persoanele vârstnice face ca procesul de evaluare a acestora să primeze în fața înțelegerii nevoilor persoanelor evaluate (Kivnick & Murray, 2001, *apud* Langer, 2010).

Studiile în ceea ce privește reziliența persoanelor vârstnice arată corealții pozitive între relații sociale puternice și niveluri ridicate de reziliență (Wells, 2009) însemnând că, cu cât vârstnicul are prieteni mai mulți și relații de prietenie puternice, cu atât face față mai ușor problemelor legate de îmbătrânire. În

același timp Wagnild (1990) a găsit o relație pozitivă între satisfacția de viață și reziliență, iar alte studii calitative au confirmat ca predictori ai unui nivel ridicat de reziliență optimismul, stima de sine, numărul zilelor petrecute cu prieteni, nivel scăzut al depresiei (Easley & Schaller, 2003; Hinck, 2004; Kinsel, 2005 *apud* Wells, 2010).

Rezultatele studiilor amintite atrag atenția asupra variabilelor pe care dorim să le dezvoltăm în cadrul relației de consiliere. Wagnild și Young (1990) au identificat cinci teme care descriu experiența adaptării cu succes la îmbătrânire (*apud* Langer, 2010). Acestea sunt:

1. Calmul – oferă posibilitatea de a lua în considerare o gamă mai largă de experiențe, de a considera evenimentele stresante prin prisma nu doar a eșecurilor, dar și a reușitelor și de a realiza o balanță între acestea înainte de a oferi un răspuns la situația dată.

2. Perseverența – boala, pierderea unor persoane dragi, incapacitatea de a face față nevoilor nepoților poate descuraja orice persoană; capacitatea de a fi constant în ceea ce privește dorința de depășire a situațiilor grele de viață contribuie la realizarea obiectivului propus.

3. Încrederea în forțele proprii – depășirea cu succes a unor experiențe trecute favorizează creșterea încrederii în capacitatea de a se baza pe forțele proprii atunci când alte evenimente dureroase apar în viata unei persoane.

4. Singurătatea existențială – acest concept se referă la acele experiențe cărora o persoană a învățat să le facă față singură și pe care a ales să nu le împărtășească. Este o trăire internalizată ca câștig în fața unui eveniment dureros.

5. Semnificație – realizarea faptului că, în ciuda adversităților viața are un scop; capacitatea de a da o semnificație evenimentelor trăite, reprezintă un factor de protecție intern care poate fi abordat în procesul de consiliere.

Fără a ne limita la descoperirile făcute de cercetările în domeniu, reziliența asistată reprezintă o abordare în lucrul cu persoanele vârstnice. Firește, fiecare individ este unic și trebuie tratat ca atare. Deși marea majoritate a problemelor sunt comune vârstei, nu trebuie uitat faptul că fiecare persoană dezvoltă, pe parcursul vieții sale, mecanisme de apărare și strategii de coping diferite și beneficiază de factori de protecție variați în funcție atât de caracteristicile individuale cât și de cele ale familiei în care a crescut, ale familiei pe care a construit-o și ale prieteniilor pe care și le-a format, de cele ale comunității în care a reușit să se integreze și de cele ale societății în care a ales să trăiască. Lucrul cu persoanele vârstnice înseamnă o explorare a tuturor acestor variabile cu scopul evidențierii aspectelor pozitive și a includerii acestora în construirea unei noi abordări a situațiilor cu care acestea se confruntă.

II.6. INSTRUMENTE DE LUCRU ÎN ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ[27]

II.6.1. CONTRACT DE ASISTENȚĂ PSIHOLOGICĂ

Încheiat între _____, în calitate de psiholog, cu activitate în cadrul Asociației Alternative Sociale și Flavian Popovici, în calitate de beneficiar al ședințelor de consiliere oferite ca parte a serviciilor psihosociale pentru persoanele vârstnice. În cadrul acestei anexe se stipulează următoarele:

Considerații privind serviciile psihologice

1. Frecvența ședințelor de consiliere: ședințele vor avea loc o dată pe săptămână.
2. Durata ședințelor de consiliere este de 50 minute.
3. Obiectivele stabilite de comun acord cu clientul pentru ședințele de consiliere sunt următoarele:
   a. Restructurarea convingerilor vechi ale clientului, care îi influențează negativ modul de viață;
   b. Descoperirea de sine în vederea înțelegerii de către client a mecanismelor care determină apariția depresiei;
   c. Reducerea simptomelor depresive.

Responsabilitățile psihologului în ceea ce privește confidențialitatea

În calitate de psiholog al clientului Flavian Popovici, mă angajez să respect confidențialitatea tuturor informațiilor la care am acces în timpul ședințelor de consiliere, excepție fiind următoarele situații reglementate de lege:

1. Din cele relatate de client, reiese că viața sa a fost/este/poate fi pusă în pericol;
2. Când însuși clientul a pus/pune/poate pune în pericol viața altor persoane;

Totodată,

3. Unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere pot constitui subiectul unor lucrări cu caracter științific sau sesiuni de comunicare între profesioniști, fără divulgarea identității clientului/clienților, aceasta rămânând anonimă;
4. Unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere pot fi transmise membrilor echipei multidisciplinare cu scopul bunăstării clientului.

[27] Datele de identificare ale persoanelor folosite ca exemplu în această metodologie sunt fictive.

BCU "LUCEAFĂRUL" UNIVERSITY LIBRARY

Responsabilitățile clientului

În calitate de beneficiar al serviciilor de asistență psihologică, mă angajez să respect următoarele:

1. Programul ședințelor de consiliere stabilit în această anexă;
2. Să anunț în cazurile în care, din anumite motive, nu pot fi prezent la ședințe;
3. Să colaborez cu psihologul în vederea realizării obiectivelor stabilite pentru ședințele de consiliere.

Această anexă a fost întocmită în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte, în urma consimțământului beneficiarului.

Data: 27.06.2010

Beneficiar, Flavian Popovici _____

Psiholog, _____

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II.6.2. RAPORT DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ

Număr de înregistrare al cazului: 73/19 iunie 2009.
Numele beneficiarului: Flavian Popovici
Vârsta: 60 ani .
Studii: Liceul Economic
Evaluare psihologică realizată de: _____, psiholog în cadrul Asociației Alternative Sociale.
Numărul de întâlniri realizate: Au avut loc două întrevederi cu clientul Flavian Popovici, la data de 27 iunie și 3 iulie 2009.
Metode de evaluare folosite:
Pentru realizarea evaluării psihologice au avut loc două interviuri clinice semistructurate cu clientul și au fost folosite următoarele teste psihologice: Scala de Depresie Geriatrică (GDS-15), Proba A. Rey pe bază de cuvinte, Testul matricelor progresive Raven, Neo PI-R.

Caracteristici psihomedicale ale vârstnicului:

- **Familia:** Relațiile de cuplu ale clientului sunt tensionate. Domnul Popovici comunică rareori telefonic cu soția sa, Margareta, în vârstă de 55 ani, care a plecat în Italia în urmă cu trei ani pentru a lucra ca menajeră. Cei doi copii ai familiei sunt Ioan, în vârstă de 25 de ani, stabilit în Anglia și Mădălina, în vârstă de 30 de ani, care locuiește în Iași. Clientul păstrează legătura telefonic cu Ioan, iar Mădălina îl vizitează zilnic.
- **Situația materială:** Flavian Popovici locuiește singur într-un apartament cu trei camere, care este dotat modest. Clientul nu are niciun venit propriu, cheltuielile de întreținere lunare fiind acoperite din banii primiți de la soția sa și administrați de fiica acestora.
- **Starea de sănătate:** Domnul Popovici urmează un tratament lunar prescris de medicul specialist, întrucât este diagnosticat cu diabet, dar și cu alte afecțiuni ce necesită terapie medicamentoasă. De asemenea, acesta prezintă tulburări de mobilitate, în urma unei operații suferite la coloana vertebrală lombară, datorată diagnosticării cu hernie de disc. Domnul Popovici este compliant la tratament.
- **Relațiile sociale:** Clientul nu păstrează legături apropiate cu prietenii, nici cu vecinii de bloc, iar aceștia îl ajută doar ocazional.

Caracteristici comportamentale:
La ședințe, domnul Popovici a avut un aspect curat, dar neglijent. Inițial, clientul a fost reticent în ceea ce privește participarea la întrevederi, pentru ca apoi reținerea sa să se diminueze, concomitent cu creșterea dorinței de autocunoaștere și depășire a momentului de criză la nivel afectiv.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

Evaluarea funcțiilor cognitiv-intelectuale:

Datele psihometrice indică o inteligență de nivel mediu a clientului. Funcția mnezică este situată în parametri normali, atât pe componenta de recunoaștere, cât și pe cea de reproducere. La nivel de memorie autobiografică, domnul Popovici nu prezintă disfuncționalități.

Evaluarea dimensiunii afective a vârstnicului:

Pe plan afectiv, conform datelor psihometrice și observației, se constată tendințe depresive accentuate, manifestate prin scăderea poftei de mâncare a clientului, insomnii repetate, recurența unor cogniții negative referitoare la propria persoana, la viitorul său și la situația sa actuală. Aceste simptome durează de aproximativ două săptămâni. Domnul Popovici refuză să părăsească locuința, nu își pregătește mesele și evită relațiile cu cei din jur. Plânge, din spusele sale frecvent, întrucât trăiește sentimente de suspiciune la adresa soției sale și se simte abandonat de aceasta. Totodată, se simte copleșit de singurătate. Clientul este influențat negativ de abilitățile sale fizice reduse, care îi limitează spectrul de activități pe care le poate realiza și îi oferă o perioadă lungă de timp pentru ruminarea gândurilor negative. Domnul Popovici are antecedente depresive și mărturisește ideația suicidară fără tentativă de suicid pe care a avut-o în urma falimentului financiar din anul 2004.

Aspecte ale profilului psihologic:

Datele psihometrice și interviul clinic evidențiază următoarele aspecte din profilul psihologic al clientului:

- **Suspiciunea:** Clientul este neîncrezător, prezintă o susceptibilitate foarte ridicată față de intențiile celor din jur și caută elemente contextuale care să îi confirme suspiciunile, chiar dacă evidențele îi contrazic prezumpțiile.
- **Capacitate ridicată de autocontrol:** această trăsătură a clientului determină rigiditate comportamentală, capacitate mică de detensionare, acumularea de tensiuni interne. Se remarcă și o puternică inhibiție emoțională a clientului, care cenzurează manifestările sentimentale în fața unor persoane străine.
- **Introversia:** Se constată că domnul Popovici are un univers afectiv bogat și tendința de autoanaliză. Acestea sunt corelate cu lipsa implicării în relațiile cu cei din jur, clientul preferând activitățile retrase, solitare.
- **Stima de sine** a clientului este oscilantă, datorită discrepanței între rezultatele trecute, respectiv reușitele din viața de adult și actuala stare socială, care contrastează puternic cu amintirile din perioada de succes profesional a domnului Popovici. Totodată, imaginea sa de sine este afectată de despărțirea în fapt de soția sa, care nu păstrează legătura cu el și de care se simte abandonat.

Modalități de raportare la problemele vârstei a treia:

Clientul își găsește puține resurse pentru a face față problemelor cu care se confruntă (lipsurile materiale, singurătatea, abandonul resimțit prin plecarea soției). Domnul Popovici consideră situația sa actuală o etapă apăsătoare, care nu îi poate aduce satisfacții și bucurii. Clientul își exprimă deseori regretul după vremurile tinereții, când era înconjurat de soție și copii.

Recomandări:

Având în vedere aspectele reliefate de evaluarea psihologică, recomandăm:

- Un climat familial psihoprotectiv și susținere din partea copiilor;
- Consult psihiatric de specialitate;
- Consiliere psihologică pentru depășirea stărilor depresive, concomitent cu tratamentul prescris de medicul specialist psihiatru;
- Menținerea relațiilor cu vecinii și prietenii și evitarea retragerii sociale.

Data întocmirii raportului:
4 iulie 2009

Psiholog,

_____

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II.6.3. RAPORT DE ÎNTREVEDERE PENTRU CONSILIERE PSIHOLOGICĂ

Număr de înregistrare al cazului: 73/19 iunie 2009
Numele și prenumele clientului: Flavian Popovici

Persoane prezente:

- _____, psiholog în cadrul Asociației Alternative Sociale
- Flavian Popovici, beneficiar al serviciilor psihosociale oferite de Asociația Alternative Sociale

Data: 23.06.2010
Locul: Ședința a avut loc la domiciliul beneficiarului, întrucât acesta se deplasează cu foarte mare dificultate în afara locuinței sale.

Obiectiv/ Tema de consiliere abordată:

1. Explicarea rolului psihologului și a importanței ședințelor de consiliere pentru îmbunătățirea stării emoționale, depășirea momentului de criză, autocunoaștere.
2. Realizarea anamnezei clientului.
3. Evaluarea psihologică a clientului.

Metode și tehnici utilizate:
Interviul semistructurat, discuția dirijată tehnici specifice terapiei centrate pe persoană, aplicarea unor instrumente specifice de evaluare (GDS-15).

Ca urmare a solicitării clientului de a discuta cu un psiholog despre problemele sale, am început procesul de consiliere cu domnul Flavian Popovici. În prealabil, a avut loc o discuție cu asistentul social responsabil de caz, care ne-a prezentat situația socială și medicală a beneficiarului, precum și constatările sale cu privire la starea generală emoțională a clientului, care acuză simptome depresive.

1. La începutul ședinței, am urmărit crearea alianței terapeutice, făcând apel la principiile terapiei centrate pe persoană (ascultarea empatică, feedback pozitiv necondiționat, congruență). Clientul, deși își exprimase față de asistentul social dorința de a vorbi despre problemele sale și de a participa la ședințe de consiliere, și-a manifestat la începutul întrevederii reticența cu privire la procesul de consiliere. Convingerile sale au fost motivate cu exprimarea "nu sunt încă nebun, deși mă tem să nu înnebunesc".

Pornind de la reținerile clientului, exprimate liber de către acesta, am definit procesul de consiliere cu toate etapele sale pe baza discuției dirijate. Astfel, am

realizat normalizarea acestui demers în ochii clientului, eliminând stigmatul nebuniei și temerile clientului cu privire la psiholog.

De asemenea, am discutat cu Flavian Popovici despre scopul ședințelor de consiliere și despre importanța acestora pentru el, enumerând rezultatele benefice și posibilitățile pe care ședințele le pot oferi: posibilitatea de autocunoaștere, îmbunătățirea stării emoționale, depășirea momentelor de criză, etc. Clientul a fost de acord cu termenii procesului de consiliere și cu realizarea anamnezei sale și a evaluării psihologice.

2. După această etapă introductivă, pe baza interviului clinic semistructurat, am început realizarea anamnezei clientului, care a vizat identificarea principalelor evenimente de viață marcante din punct de vedere psihologic pentru acesta. Clientul a fost dispus să împărtășească din experiențele sale de viață, povestind despre lipsa veniturilor, cu care se confruntă, despre situația sa medicală incertă și precară, dar și despre abandonul din partea soției (plecarea acesteia în străinătate și rămânerea lui în România). Pe parcursul discuției, clientul nu și-a exprimat emoțiile cu privire la evenimentele povestite, la nivel verbal, nonverbal sau paraverbal. Cu toate acestea, a recunoscut că are „gânduri negre" cu privire la viață și că se simte afectat de situația sa.

3. Din discuția purtată cu asistentul social, dar și din ceea ce a povestit clientul, am putut identifica numeroase simptome ale depresiei. De aceea, am început evaluarea psihologică cu testul pentru depresie GDS-15. Domnul Popovici l-a completat fără reținere, mărturisindu-și încrederea în testele psihologice și în ceea ce ele pot arăta despre starea psihică a individului.

Observații:

1. Clientul dorește să continuăm ședințele, exprimându-și dorința de a-și îmbunătăți starea psihică și emoțională.
2. La ședința următoare, vom continua evaluarea psihologică prin aplicarea altor instrumente specifice de evaluare.

Recomandări:

- Un climat familial psihoprotectiv;
- Continuarea ședințelor de consiliere, în măsura în care starea de sănătate fizică a beneficiarului va permite acest lucru;
- Datele obținute din interviul clinic confirmă necesitatea consultului psihiatric de specialitate și vor fi coroborate cu cele rezultate din instrumentele de evaluare. Se recomandă un consult psihiatric.

Psiholog,

II.6.4. FIȘĂ INDIVIDUALĂ DE CONSILIERE

Număr de înregistrare al cazului: 73/19 iunie 2009
Numele clientului: Flavian Popovici

Desfășurarea ședinței. Repere principale	Tehnici, metode și instrumente utilizate în consiliere	Observații	Data
Obiectivul specific: Crearea relației terapeutice. **Activități desfășurate** în cursul ședinței de consiliere: 4. Explicarea rolului psihologului și a ședințelor de consiliere; 5. Anamneza clientului; 6. Începerea evaluării psihologice.	Interviul clinic semistructurat, discuția dirijată, tehnici specifice terapiei centrate pe persoană, instrumente specifice de evaluare.	Cu toate că a solicitat consilierea psihologică, la începutul ședinței clientul s-a arătat reticent față de procesul de consiliere, pentru ca apoi, după clarificările solicitate, Flavian Popovici să accepte participarea la consiliere și evaluarea psihologică, exprimându-și încrederea foarte mare în testele psihologice.	27.06.2009
Obiectivul specific: Realizarea evaluării psihologice. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Aplicarea instrumentelor de evaluare psihologică.	Instrumente specifice de evaluare.	Clientul a fost dispus să participe la evaluare.	03.07.2009
Obiectivul specific: Stabilirea, împreună cu clientul, a obiectivelor ședințelor de consiliere în urma evaluării psihologice și a anamnezei. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Prezentarea rezultatelor evaluării; Discutarea obiectivelor ședințelor de consiliere.	Interviul semistructurat, discuția dirijată, dialogul socratic, exprimarea sentimentelor.	Clientul a fost dispus să participe la stabilirea obiectivelor ședințelor. Inițial, Flavian Popovici a refuzat să își exprime sentimentele cu privire la situația sa actuală și să povestească despre starea sa afectivă negativă. Descărcarea emoțională a clientului s-a realizat cu dificultate, din pricina reticenței sale față de exprimarea emoțiilor.	10.07.2009

Obiectivul specific: Identificarea gândurilor negative automate. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Realizarea unei liste cu gândurile negative automate ale clientului; Explicarea modului în care acestea sunt asociate cu alte simptome ale depresiei și reprezintă o distorsionare a realității.	Tehnici cognitiv – comportamentale, explicație.	Clientul a dorit să înțeleagă mecanismele care stau la baza depresiei și, deși la începutul ședinței nu a dorit să participe la identificarea gândurilor negative, pe parcurs a colaborat în vederea notării acestor gânduri.	17.07.2010
Obiectivul specific: Discutarea gândurilor negative automate identificate de client. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discutarea gândurilor negative automate: când apar, în ce context, la ce fac referire; Stabilirea unor modalități de a le identifica și a le înțelege efectele.	Tehnici cognitiv - comportamentale.	Reticență din partea clientului. Clientul nu se simțea bine din punct de vedere fizic.	24.07.2010
Obiectivul specific: Discutarea gândurilor negative automate identificate de client. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discutarea gândurilor negative automate: când apar, în ce context, la ce fac referire; Stabilirea unor modalități de a le identifica și a le înțelege efectele.	Tehnici cognitiv - comportamentale.	Clientul a dorit să reia discuția de la ședința anterioară și să povestească despre modul în care a reușit să facă față gândurilor depresive în săptămâna ce a trecut.	31.07.2009
Obiectivul specific: Identificarea unor activități de petrecere a timpului pentru client. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discutarea opțiunilor clientului cu privire la petrecerea timpului pe care îl are la dispoziție.	Tehnici specifice terapiei centrate pe persoană, interviu semistructurat, discuție dirijată.	Clientul a fost inițial neîncrezător cu privire la importanța unor activități de petrecere a timpului care să nu îi permită ruminația gândurilor negative, dar a fost dispus să încerce găsirea unor astfel de activități.	07.08.2009

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Obiectivul specific: Înțelegerea importanței urmării tratamentului prescris de medicul specialist. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discuții cu privire la tratamentul medicamentos pe care clientul îl are de urmat; Identificarea avantajelor urmării acestui tratament.	Consiliere suportivă, dialog socratic, interviu semistructurat.	Ședința de consiliere a fost oprită la jumătatea timpului, pentru că clientul nu se simțea bine din punct de vedere fizic.	14.08.2010
Obiectivul specific: Întărirea încrederii în sine. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Evidențierea calităților și abilităților clientului.	Elemente din terapia ericksoniană, respectiv metafora terapeutică „Castelul de oglinzi" și povestirea terapeutică „Accidentul de schi" (Michel Dufour).	Clientul a apreciat povestirile terapeutice și a dorit să discutăm despre ele. De asemenea, ca urmare a ședinței anterioare, clientul a început să folosească timpul său în diferite activități care să îi facă plăcere (citit, scris, completarea de integrame).	21.08.2010
Obiectivul specific: Întărirea încrederii în sine. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Evidențierea calităților și abilităților clientului; Exerciții de creștere a stimei de sine.	Elemente din terapia ericksoniană: povestirea terapeutică „Noroc, ghinion, cine știe?", pentru relativizarea experienței de viață a clientului și reconstrucția scenariului de viață, tehnici de creștere a stimei de sine.	Disponibilitate spre colaborare din partea clientului. Acesta a apreciat povestirea terapeutică și a fost dispus să participe la exercițiile pentru creșterea stimei de sine.	28.08.2010
Obiectivul specific: Prezentarea unor strategii de *coping* pentru prevenirea recăderilor. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discutarea posibilelor modalități de prevenire a reapariției simptomelor depresive.	Tehnici cognitiv-comportamentale, jocul de rol.	Clientul a participat cu reticență la jocul de rol.	04.09.2010

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Obiectivul specific: Pregătirea pentru încheierea consilierii. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Recapitularea principalelor elemente importante din cadrul consilierii; Discuții pentru pregătirea clientului cu privire la încheierea consilierii.	Tehnici specifice terapiei centrate pe persoană, dialogul socratic și explicația.	Clientul și-a exprimat temerile cu privire la încheierea procesului de consiliere și posibilitatea înrăutățirii stării sale.	11.09.2010

Psiholog,

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBLIOGRAFIE:

1. Antonucci, T. C., Vandewater, E. A. & Lansford, J. E., „Adulthood and aging: social processes and development", în Kazdin, A. E. (Ed), *Encyclopedia of psychology, Vol. 1*, American Psychological Association, Oxford University Press, Washington D.C., 2000;
2. Blaga, L., „Trei fețe", în *Opera poetică*, Editura Humanitas, 2008;
3. Bosworth, H., Park, K. S., McQuoid, D. R., Hays, J. & Steffens, D, *The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression*, International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, pp. 905-914, 2003;
4. Carstensen, L., „Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory" în *Psychology and Aging*, Vol.7, No.3, 1992;
5. Crose, R., „Teaching the psychology of later life", în Bronstein, P. & Quina, K., *Teaching Gender and Multicultural Awareness: Resources for the Psychology Classroom*, America Psychological Association, 2003;
6. Flach, F.F., *Resilience: How to bounce back when the going gets tough*, Hatherleigh Press, New York, 1997;
7. Folkman, S. & Moskowitz, J. T., *Coping: Pitfalls and Promise*, Annual Review Psychology, 55, pp. 745-774, 2004;
8. Fontaine, R., „Bătrânețe fericită, bătrânețe optimă", în Iacob, L., *Vârsta a treia, cunoaștere și intervenție*, Centrul de Formare în analiză și intervenție pentru grupurile sociale defavorizate, Proiectul Tempus JB- JEP 142397/99, Iași, 2001;
9. Gal, D., *Dezvoltarea umană și îmbătrânirea*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2001;
10. Garmezy, N., Masten, A.S. & Tellegen, A., *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology.* Journal of Child Development, 55, pp. 79-111, 1984;
11. Hemfelt, R., Minirth, F. & Meier, P., *Labirintul codependenței*, Editura LOGOS, Cluj Napoca, 2001;
12. Jones, J., *Religion, Health, and the Psychology of Religion: How the Research on Religion and Health Helps Us Understand Religion*, Journal of Religion and Helath, 43(4), pp. 317-327, 2004;
13. Kolchakian, M.R. & Sears, S. F., *Religious Coping in College Students*, Journal of Religion and Health, 38(2), pp. 115 – 125, 1999
14. Kubler-Ross, E., *On Death and Dying. What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*, Routledge, Abingdon, 2009;
15. Ladea, M., „Importanța diagnosticării depresiei la vârstnici. Rolul scalelor de evaluare", în *Revista Română de Psihiatrie*, Volumul 2, Nr.2-3, 2000;

16. Lambert, M.J. & Barley, D.E., „Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome", în J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*, pp. 17-32, Oxford University Press, 2002;
17. Langer, N., *Resiliency and spirituality: foundations of strengths perspective counseling with the elderly*, Educational Gerontology, 30(7), pp. 611-617, 2004;
18. Larousse, *Marele dicționar al Psihologiei*, Editura Trei, Bucuresti, p.322, 2006;
19. Linden, M., Borchelt, M., Barnow, S. & Geiselmann, B., „The impact of somatic morbidity on the Hamilton Depression Rating Scale in the very old", în *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume 92, Issue 2, 1995;
20. Luca, C. & Azoiței, N., „Asistența psihologică a copiilor rămași singuri acasă" în Luca, C. & Gulei, A.(coordonatori), *Asistența socială, psihologică și juridică a copiilor rămași singuri acasă ca urmare a plecării părinților la muncă în străinătate*, Editura Terra Nostra, 2007;
21. Marnat, G.G., *Handbook of Psychological Assessment, Fifth Edition*, John Wiley and Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2009;
22. McIntire, S.A. & Miller, L.A, *Fundamentele testării psihologice. O abordare practică*, Editura Polirom, Iași, 2010;
23. Miller, W. R. & Rollnick, S., *Motivational Interviewing*, Second Edition, Guilford Press, New York, 2002;
24. Montreuil, M., Blanchet, A., Doron, J. & Ionescu, Ș., *Tratat de psihologie clinică și psihopatologie*, Editura Trei, 2009;
25. Munteanu, A. & Muntean, A., *Violență, Traumă, Rezilință*, Polirom, 2011;
26. Neugarten, B.L., *The meaning of age: selected papers of Bernice L. Neugarten/edited and with a forward by Dail A. Neugarten*, The University of Chicago Press, Chicago, 1996;
27. Ong, A., D., Bergeman, C., S., Bisconti, T., L. & Wallace, K., A., „Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life", în *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), pp. 730-749, 2006;
28. Richardson, G. E., „The Metatheory of Resilience and Resiliency", în *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), pp. 307 – 321, 2002;
29. Ross, K., Handal, J., Clark, E. & Vander Wal, J., „The Relationship Between Religion and Religious Coping: Religious Coping as a Moderator-Between Religion and Adjustment", în *Journal of Religion and Health*, 48, pp. 454-467, 2009;
30. Răşcanu, R., *Introducere în psihodiagnoza clinică*, Editura Universității din Bucureşti, 2003;

31. Selligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. „Positive Psychology", în *American Psychologist*, 55, pp. 5-14, 2000;
32. Shavelson, R. J. & Bolus, R., „Self-concept: The interplay of theory and methods", în *Journal of Educational Psychology*, 74(1), pp. 3-17, 1982;
33. Șchiopu U. & Verza E., *Psihologia vârstelor*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1997;
34. Tombaugh, T.N. & McIntyre, N.J., „The mini-mental state examination: a comprehensive review", în *Journal of the American Geriatrics Society*, Volume 40, No.9, 1992;
35. Veerbraak, A., *Gerotranscendence: An examination of a proposed extension to Erik Erickson's theory of identity development*, 2000, Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Psychology in the University of Canterbury;
36. Wagnild, G. & Young, H., M., „Resilience among older women", în *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), pp. 252-255, 1990;
37. Wahl, H.-W. & Lehr, U., „Applied fields in psychological assessment: Gerontology" în Fernandez - Ballesteros, R.(Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*, Volume 1, 2002, London, U.K.;
38. Wells, M., „Resilience in older adults livind in rural, suburban, and urban areas", în *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 2010;
39. Werner, E. & Smith, R., *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*, Cornell University Press, New York, 1992;
40. Westhoff, K. & Kluck, M.L., *Raportul psihologic: Redactare și evaluare*, Editura Sinapsis, Cluj-Napoca, 2009.

Web

1. http://www.e-psiho.ro
2. http://issues.org
3. http://www.testepsi.ro
4. http://www.sistempsi.ro

BCU IAȘI CENTRALĂ UNIVERSITARĂ LIBRARY

CAP.III. DEPRESIA ŞI DEMENŢA – TULBURĂRI CU RISC RIDICAT DE APARIŢIE LA VÂRSTA A TREIA

III.1. TULBURAREA DEPRESIVĂ

Tulburarea depresivă este cea mai frecventă afecţiune psihică întâlnită la persoanele în vârstă şi este adesea nediagnosticată la nivelul asistenţei primare ceea ce conduce la creşterea incapacităţii funcţionale[28] şi a dependenţei faţă de persoane şi/sau servicii la această categorie de vârstă.

Tabloul clinic este asemănător cu al depresiei, la adult distingându-se, conform ICD 10, următoarele simptome:

a. Simptome principale:
- dispoziţie depresivă trenantă cu o durată de cel puţin 2 săptămâni;
- pierderea interesului sau a plăcerii de a efectua activităţi obişnuite;
- lipsă de energie, oboseală crescută;

b. Simptome asociate:
- pierderea încrederii sau a stimei de sine;
- autoînvinovăţire inadecvată sau excesivă;
- gânduri repetate despre moarte;
- ideaţie sau comportament suicidar;
- capacitate redusă de a gândi sau a se concentra, de exemplu nehotărâre/ indecizie;
- modificări în activitatea psihomotorie;
- tulburări de somn (frecvent insomnie sau hipersomnie);
- modificări ale apetitului cu modificări corespunzătoare ale greutăţii.

Tulburarea depresivă este diferenţiată de tristeţea comprehensibilă[29] prin:
- Durată: simptomele sunt prezente de cel puţin 2 săptămâni;
- Absenţa fluctuaţiilor: simptomele sunt prezente în majoritatea zilelor,
- majoritatea timpului;
- Intensitate: o intensitate neobişnuită pentru acea persoană.

Manualele de diagnostic ICD 10 şi DSM IV stabilesc diagnosticul de depresie prin prezenţa unui anumit număr de simptome principale, respectiv asociate:
- episodul depresiv uşor: 2 simptome principale şi cel puţin 4 simptome asociate;

---

[28] Aprecierea funcţionalităţii cuprinde capacitatea persoanei de a efectua activităţi obişnuite ale vieţii zilnice necesare pentru îngrijirea proprie (spălatul, îmbrăcatul, toaleta, alimentaţia, ridicarea şi aşezarea pe scaun şi pat, mersul etc.), ca şi capacitatea de a îndeplini sarcini mai complexe (efectuarea de cumpărături, gătitul, folosirea banilor, munca prin casă, utilizarea telefonului şi drumurile în afara domiciliului etc.), necesare pentru a trăi independent.

[29] Are o relaţie de cauzalitate.

- episodul depresiv mediu: 2 simptome principale și cel puțin 6 simptome asociate;
- episodul depresiv sever: cele 3 simptome principale și cel puțin 5 simptome asociate.

În plus există o clasificare în funcție de prezența simptomelor psihotice și/ sau stupor[30].

Pentru a decela prezența depresiei este important a se cunoaște simptomele descrise în sistemele de clasificare dar, mai mult, personalul de îngrijire trebuie să țină cont că la persoanele în vârstă există o serie de simptome care adesea indică prezența unei depresii subclinice care este caracterizată prin:

- lipsa acuzelor de tristețe chiar și atunci când are aspect depresiv pentru cei din jur;
- hipocondrie și preocupare somatică excesivă în locul acuzelor de tristețe;
- memorie subiectiv redusă sau un tablou pseudo-demențial;
- anxietate marcată;
- apatie și scăderea motivației.

În practică este importantă abordarea multifactorială a depresiei prin investigarea atât a susceptibilității individuale (factori predispozanți), cât și a evenimentelor adverse de viață (factori precipitanți).

Factori predispozanți (Baldwin *et al*, 2002, p.36):

- genul feminin (s-a constatat o frecvență mai mare a depresiei în rândul femeilor);
- un istoric anterior de depresie;
- văduvie/ divorț;
- afecțiuni fizice comorbide; dizabilități fizice și psihice;
- consum abuziv de medicamente, alcool și prezența bolilor sistemice;
- are în grijă pe cineva[31];
- probleme materiale și sociale;
- lipsa suportului social din partea familiei și a membrilor comunității.

Factori precipitanți:

a. evenimente de viață:

- o pierdere importantă;
- separare de familie;
- afecțiune fizică acută;
- boală sau pericolul de moarte al cuiva apropiat;
- rămânerea fără locuință sau necesitatea de a se muta într-o instituție;
- criză financiară majoră;
- interacțiuni negative cu familia sau prietenii;
- pierderea a „ceva semnificativ" (inclusiv un animal de companie).

[30] Simptom care apare în unele psihoze, manifestat prin amuțire, imobilitate și insensibilitate completă.

[31] Deși este la vârsta la care are nevoie de suport, persoana se află în situația de a întreține/îngriji membri ai familiei.

b. stresul cronic:

- declinul sănătăţii şi mobilităţii;
- dependenţa;
- diminuarea simţurilor (auz,văz etc.), declinul cognitiv;
- probleme cu locuinţa;
- probleme majore ale membrilor familiei, care îi afectează;
- declinul socioeconomic;
- dificultăţi în căsnicie;
- probleme la serviciu;
- pensionarea;
- îngrijirea unui bolnav cronic sau a unui membru al familiei care este dependent;
- izolarea socială.

Evaluarea riscului suicidar este dificilă întrucât multe persoane în vârstă pot gândi că viaţa nu mai merită trăită, dar un număr redus din acestea prezintă tentative autolitice.

Factorii care indică risc crescut de suicid sunt (Baldwin *et.al.*, 2002, p.54):

- demografici: vârsta înaintată (în special peste 80 de ani), izolarea şi sexul masculin;
- istorici: tentative autolitice anterioare, dovezi ale planificării cum ar fi modificarea testamentului; o pierdere grea recentă;
- fizici: o afecţiune medicală cronică şi dureroasă; abuz de alcool; abuz de sedative/hipnotice;
- starea mentală: gânduri suicidare, planuri de suicid, agitaţie marcată (stare de nelinişte psihomotorie obiectivă asociată cu o stare interioară de nelinişte permanentă), lipsă profundă de speranţă, sentimente de inutilitate, vinovăţie şi autoacuzare, insomnie marcată, hipocondrie marcată, ideaţie psihotică.

Scala de evaluare cea mai utilizată pentru depistarea depresiei la persoanele în vârstă este Scala Geriatrică pentru Depresie (GDS – Geriatric Depression Scale).

Aceasta a fost concepută ca o scală de autoevaluare cu 30 de itemi, dar este administrată frecvent cu ajutor din partea persoanei de îngrijire, ceea ce nu conduce la afectarea rezultatelor.

SCALA GERIATRICĂ PENTRU DEPRESIE

(Yesavage *et al.*, 1983 *apud* Baldwin *et.al.*, 2002, pp.155-156)

Instrucțiuni: Alegeți cel mai bun răspuns pentru cum v-ați simțit pe parcursul săptămânii trecute.

***1.Sunteți mulțumit cu viața dvs.? Nu**
*** 2. Ați redus majoritatea activităților și intereselor dvs.? Da**
***3. Aveți sentimentul că viața dvs. este goală? Da**
4.Vă plictisiți adesea? Da
5. Aveți speranțe pentru viitor? Nu
6. Sunteți deranjat de gânduri pe care nu vi le puteți scoate din minte? Da
7. Sunteți într-o dispoziție bună majoritatea timpului? Nu
***8. Vă este teamă că urmează să vi se întâmple ceva rău? Da**
***9. Vă simțiți fericit în majoritatea timpului? Nu**
10. Vă simțiți adesea neajutorat? Da
11. Vă simțiți deseori neliniștit și nervos? Da
12. Preferați să stați în casă decât să ieșiți și să faceți lucruri noi? Da
13. Vă faceți des griji în privința viitorului? Da
14. Aveți sentimentul că aveți mai multe probleme cu memoria decât ceilalți? Da
15. Credeți că este minunat că sunteți în viață? Nu
16. Vă simțiți adesea abătut și trist? Da
17. Vă simțiți lipsit de speranță pentru cum sunteți? Da
18. Vă faceți multe griji pentru trecut? Da
19. Credeți că viața este incitantă? Nu
20. Vă este greu să începeți noi proiecte (planuri)? Da
21. Vă simțiți plin de energie? Nu
22. Simțiți că situația dvs. este lipsită de speranță? Da
23. Credeți că cei mai mulți oameni au ajuns mai bine decât dvs.? Da
24. Vă supărați deseori pentru lucruri minore? Da
25. Vă vine deseori să plângeți? Da
26. Vă concentrați mai greu? Da
27. Vă face plăcere să vă treziți dimineața? Nu
28. Preferați să evitați întrunirile sociale? Da
29. Vă este ușor să luați decizii? Nu
30. Mintea dvs. este la fel de clară ca de obicei? Nu

Notă: (1) răspunsurile indică răspunsul cu scor 1;
(2) *scala GDS cu 5 itemi;
(3) întrebările cu bold fac parte din versiunea cu 15 itemi.

Scorurile prag pentru o posibilă depresie: ≥ 11 pentru GDS 30
≥ 5 pentru GDS 15
≥ 2 pentru GDS 5

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

TESTUL PENTRU AFECTAREA COGNITIVĂ
(Cognitive Impairment Test)

(Katzman *et al.*,1983, *apud* Baldwin *et.al.*, 2002, p.145)

Item	Eroare max.	Scor	Pondere
1. În ce an suntem?	1	_____ x 4 =	_____
2. În ce lună suntem?	1	_____ x 3 =	_____
Frază de memorat			
Repetaţi această frază după mine:			
„Domnul Mihai Stroescu, Strada Primăverii nr. 24, Reşiţa"			
3. Cât este ceasul acum?	1	_____ x 3 =	_____
(în jur de o oră)			
4. Număraţi înapoi de la 20 la 1	2	_____ x 2 =	_____
5. Spuneţi lunile în ordine inversă	2	_____ x 2 =	_____
6. Repetaţi fraza pe care v-am spus-o	5	_____ x 2 =	_____
		Total =	_____

Evaluaţi cu 1 fiecare răspuns incorect; maximum ce poate fi obţinut este 28.
Scor: 0 - 11 normal sau afectare uşoară;
11 - 28 afectare moderată până la severă.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Strategii pentru persoanele de îngrijire care conduc la identificarea depresiei la persoanele vârstnice (Baldwin *et.al*, 2002, p.51):

- deveniți familiari cu simptomele principale ale depresiei;
- aveți în vedere frecvența mare a tulburării depresive;
- cunoașteți particularitățile de manifestare ale depresiei la persoanele în vârstă;
- acordați aceeași importanță sănătății fizice cât și celei psihice;
- formați-vă aptitudini pentru a conduce un interviu clinic cu o persoană vârstnică;
- țineți minte că un eveniment dificil de viață poate declanșa o depresie;
- evitați „nihilismul" terapeutic („nu merge nimic");
- aveți în vedere că depresia nu face parte din „normalul" vieții persoanelor în vârstă.

III.2. DEMENȚA

Demența este caracterizată printr-un declin progresiv al abilităților intelectuale și sociale. Această tulburare psihiatrică este reprezentată de un număr de afecțiuni care determină deteriorarea progresivă în orice parte a sistemului nervos (tulburări neurodegenerative).

Semnele și simptomele de demență variază de la individ la individ în funcție de moștenirea genetică, stilul de viață, nivelul cultural și experiența personală de viață. Unele dintre caracteristicile generale ale demenței sunt: diminuarea sau **pierderea memoriei**, a capacității de gândire, de raționament și de limbaj. Pe măsură ce demența evoluează, pot apărea **modificări de personalitate** și **comportamente anormale.** Uneori, persoanele cu demență își pot pierde abilități de bază precum limbajul sau alimentatul.

Aceste semne și simptome pot fi indicii de **boală Alzheimer, demență vasculară** sau alte afecțiuni cerebrale, cunoscute că provoacă demența.

Boala Alzheimer este cea mai frecventă cauză de demență. Modificările structurale cerebrale ale bolnavilor de Alzheimer constau în pierderea de neuroni în ariile responsabile de memorie, precum și în alte arii. De asemenea, bolnavii de Alzheimer prezintă și concentrații scăzute de neuromediatori cu rol în transmiterea bidirecțională a mesajelor între celulele nervoase. Un prim semn al bolii Alzheimer poate fi tulburarea de memorie ce se agravează constant. Pe măsură ce boala evoluează, ea afectează limbajul, gândirea, înțelegerea lucrurilor, cititul și scrisul. Uneori, persoanele afectate pot deveni anxioase sau agresive.

Boala Parkinson. Statisticile medicale arată că 30-40% din bolnavii de Parkinson dezvoltă demență în fazele târzii de boală. În mod invers, multe persoane bolnave de Alzheimer dezvoltă simptome fizice asemănătoare cu cei bolnavi de Parkinson, precum rigiditatea membrelor, tremorului de repaus, tulburărilor de vorbire și a mersului înțepenit.

Demenţa cu Corpi Lewy. Corpii Lewy sunt depozite proteice la nivelul neuronilor aflaţi în proces de deteriorare. Ei apar adesea în zonele deteriorate situate profund în creierul bolnavilor de Parkinson. Când sunt răspândiţi în tot creierul, corpii Lewy determină semne şi simptome asemănătoare cu cele din boala Alzheimer. Demenţa cu corpi Lewy poate afecta visele, viteza de gândire, memoria, limbajul, raţionamentul şi capacitatea de înţelegere. De asemenea, poate să determine apariţia de halucinaţii şi dezorientare în spaţiu, ducând la tendinţa de rătăcire.

Demenţa vasculară. Aceasta este cauzată fie de îngustarea sau obstruarea arterelor ce irigă creierul, fie de accidentele vasculare cerebrale determinate de întreruperea circulaţiei sângelui în anumite regiuni ale creierului. Debutul simptomatologiei este adesea brusc, însă, uneori, boala progresează lent, fiind greu de diferenţiat de boala Alzheimer. Demenţa vasculară este frecvent caracterizată de probleme de gândire, limbaj, mers şi probleme de vedere.

Cea mai frecventă problemă în realizarea diagnosticului diferenţial în demenţe este legată de tulburările depresive. Următoarele criterii sunt utile în realizarea diagnosticului diferenţial între tulburările cognitive şi afective din demenţe şi din depresie (Tudose, 2001, p.49):

	DEPRESIE	DEMENŢĂ
TULBURARE PRIMARĂ	Depresie cu modificări secundare de memorie.	Demenţă (cu depresie suprăadăugată).
DEBUT	Subacut (săptămâni sau luni).	Gradual (ani) în Boala Alzheimer; abrupt în demenţa multiinfarct.
EVOLUŢIE INIŢIALĂ	Simptomele depresive apar de obicei primele.	Dificultăţile cognitive apar mai întâi.
STATUS COGNITIV	„Scădere" a memoriei adesea în întregime subiectivă şi neevidenţiată de teste.	Tulburările cognitive apar cu claritate atunci când se fac teste.
PROGNOSTIC	Tratamentul poate rezolva toate simptomele.	Tratamentul poate rezolva depresia, dar tulburările de memorie rămân neschimbate.

Caracteristici neuropsihologice şi clinice care diferenţiază depresia de demenţa majoră (Tudose, 2001, p.50):

CARACTERISTICA	TIPIC PENTRU DEMENŢĂ	TIPIC PENTRU DEPRESIA MAJORĂ
Paternul dispoziţiei	De durată	Episodic
Modificarea cu uşurinţă a dispoziţiei	Da	Nu
Conştiinţa că uită	Nu	Da
Memoria de recunoaştere	Afectată	Intactă

Sugestii adresate persoanelor de îngrijire pentru a gestiona stresul și preveni epuizarea

Activitățile de îngrijire a persoanelor cu demență pot provoca persoanelor care se ocupă de acestea epuizare fizică și emoțională. În plus, multe dintre dificultățile pe care îngrijitorii le întâmpină sunt cauzate fie de propriile probleme emoționale, fie de modificările comportamentale și cognitive care apar la un pacient dement (Breakey, 2001, p.485).

Este important pentru profesioniștii din sănătatea mentală să educe familiile și persoanele de îngrijire asupra strategiilor de management și să vină în întâmpinarea nevoilor lor emoționale.

Prezentăm câteva sugestii pentru aceste persoane de îngrijire cu scopul de a le diminua stresul și epuizarea emoțională (Breakey, 2001, p.485):

- Obiectele de mobilier din camerele în care locuiesc persoane cu demență trebuie să fie puține, ordonate și aranjate în așa fel încât să permită căi libere de acces;
- Obiectele ascuțite sau tăioase și toate substanțele periculoase (cuțite, soluții de curățat etc.) trebuie încuiate;
- Parchetul lustruit sau orice tip de pardoseli alunecoase trebuie acoperite cu covoare sau mochete care să prevină alunecarea;
- Camera de baie, cabina de duș sau cada trebuie prevăzute cu balustrade sau dispozitive ajutătoare;
- Baia, dormitoarele și holurile locuinței trebuie prevăzute cu luminițe de veghe pe parcursul nopții;
- Este important ca persoanei afectate de demență să i se asigure mese regulate, inclusiv suplimente la orele 11.00 și 17.00;
- Dacă persoana afectată de demență nu poate folosi lingura și furculița atunci mâncarea trebuie preparată astfel încât să poată fi servită cu degetele;
- Deoarece pus în situația de a alege felurile de mâncare sau ordinea ingerării acestora poate crea confuzie este indicat ca felurile de mâncare să i se dea pe rând;
- În cazul în care persoana respectivă pierde în greutate, se poate apela la alimente nutritive sub formă lichidă;
- Este indicat ca persoana cu demență să fie ținută trează și activă în cursul zilei. Trebuie descurajată ațipirea, cu excepția cazului în care acest lucru ar cauza și mai multe probleme. Seara, înainte de a merge la culcare este indicată oferirea unui pahar de lapte cald sau a unui ceai de plante calmant, care să nu conțină substanțe excitante;
- Pentru a gestiona eficient problemele de control sfincterian care pot apărea (incontinență urinară și fecală) se recomandă încurajarea persoanei de a merge la toaletă la ore regulate;
- Marcați clar cu semne baia și toaleta. Se pot folosi desene atunci când

persoana respectivă nu mai poate înţelege cuvintele. Se pot folosi scutece sau lenjerie intimă de unică folosinţă pentru adulţi (de exemplu pampers);

- În cazul în care incontinenţa este o problemă nou apărută, este bine să se consulte un medic specialist pentru a afla dacă aceasta nu este cauzată de o altă afecţiune, cum ar fi infecţia de tract urinar;
- Persoanele de îngrijire trebuie să nu uite să solicite suportul din partea altor membri ai familiei sau a prietenilor. Apelarea la consiliere şi la centrele de îngrijire temporară poate fi o soluţie în depăşirea momentelor de suprasolicitare sau a perioadelor stresante.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBLIOGRAFIE:

1. American Psychiatric Association, *DSM IV - TR 2000 - Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale,* Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003;
2. Baldwin, R.C., Chiu, E., Katona, C. & Graham, N., *Guidelines on Depression in Older People. Practising the Evidence,* Martin Dunitz Ltd., London, 2002;
3. Breakey, R. W., *Servicii integrate de sănătate mintală. Psihiatrie comunitară modernă,* Editura Fundației Pro, București, 2001;
4. Van Der Brug, A.F., *Manual de nursing psihiatric,* MAD Foundation, Ermelo, 1996;
5. Jeican, R., *Psihiatrie pentru medicii de familie,* Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2001;
6. Katzman R., Brown T. & Fuld P., *American Journal of Psychiatry no.140,* 1983;
7. Tudose, C., *Demențele. O provocare pentru medicul de familie,* Editura InfoMedica, București, 2001;
8. World Health Organization, *ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic,* Editura All, București, 1998;
9. Yesavage J.A., Brink T.L. & Rose T.L., „Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report", în *Journal of Psychiatric Research no.17,* 1983.

Web:

1. http://ajp.psychiatryonline.org
2. http://www.patient.co.uk

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CAP. IV. CADRUL LEGISLATIV ÎN ASISTENȚA PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA

IV.1. RECOMANDĂRI INTERNAȚIONALE

Îmbătrânirea populației este un fenomen caracteristic majorității statelor europene și occidentale. EUROSTAT[32] vorbește de o continuă îmbătrânire a populației în ultimele decenii (Eurostat, 2010, pp. 14-16) ceea ce duce la necesitatea dezvoltării unor resurse și mecanisme sustenabile pentru a proteja drepturile și libertățile populației vârstnice.

Documentele elaborate de organizații internaționale precum Organizația Națiunilor Unite[33], Consiliul Europei[34] și alte instituții internaționale, demonstrează o atenție deosebită acordată fenomenului îmbătrânirii populației și necesității protecției sociale a persoanelor vârstnice.

Primul *Plan internațional de acțiune asupra îmbătrânirii* a fost adoptat în 1982, în cadrul Adunării mondiale de la Viena. În 1991 s-au conturat *Principiile pentru Persoane Vârstnice*, care structurează aspecte privind drepturile persoanelor în vârstă prin: *independență, participare, îngrijire, autoîmplinire și demnitate*. În 2002, după 20 de ani de la primul plan, s-a simțit nevoia unei actualizări a politicilor în acest domeniu.

Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea[35] este primul instrument internațional, care stă la baza gândirii și formulării politicilor și programelor privind îmbătrânirea. Scopul acestuia este de a întări capacitatea guvernelor și societății civile de a face față în mod eficient procesului de îmbătrânire a populației și de a se ocupa de potențialul de dezvoltare și de dependențele persoanelor vârstnice.

Acest plan promovează și cooperarea la nivel național și internațional și include 62 de recomandări privind acțiuni ce vizează cercetarea, colectarea și analizarea datelor, instruire și educație precum și alte recomandări referitoare la următoarele domenii: sănătate și nutriție, protecția consumatorilor vârstnici; gospodărirea și mediul; familia; bunăstarea socială; securitatea veniturilor și angajarea; educația.

Planul face parte dintr-un ansamblu internațional de standarde și strategii dezvoltate de comunitatea internațională în ultimele decenii. De aceea, preve-

[32] Site-ul oficial al EUROSTAT: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/, accesat în noiembrie 2010.

[33] Site-ul oficial al Organizației Națiunilor Unite: http://www.un.org/, accesat în noiembrie 2010.

[34] Site-ul oficial al Consiliului Europei: http://www.coe.int/, accesat în noiembrie 2010.

[35] Acesta a fost adoptat în aprilie 2002 la Madrid, cu ocazia celei de-a doua Adunări Generale a Națiunilor Unite consacrată îmbătrânirii. Site-ul oficial al Planului Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea este: http://www.un.org/ageing/madrid_intlplanaction.html, accesat în noiembrie 2010.

derile sale trebuie luate în considerare în relație cu cele din domenii complementare precum: drepturile omului, familia, persoanele cu dizabilități, sănătatea etc. În România aspecte din acest Plan au fost avute în vedere în modificarea și actualizarea legislației privind persoanele vârstnice, a standardelor cu privire la calitatea serviciilor oferite în instituții și la domiciliu, în realizarea Memorandumului în domeniul incluziunii sociale (2005), respectiv a Rapoartelor Naționale Strategice în domeniul Incluziunii Sociale (2008), a legislației din domeniul pensiilor.

Carta Socială Europeană[36] constituie instrumentul european de referință în materie de coeziune socială. Aceasta prevede o serie de drepturi elementare pe care statele membre semnatare se obligă să le asigure cetățenilor lor: dreptul la protecția sănătății, dreptul la securitate socială, dreptul la asistență socială și medicală, dreptul de a beneficia de servicii sociale, dreptul la informare și consultare. Majoritatea acestor drepturi menționează asigurarea accesului la un minim de servicii de bază, precum și eliminarea marginalizării sociale în rândul diferitelor categorii de populație. Articolul 23 al acestui document se referă la dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială, care prevede luarea sau promovarea unor măsuri adecvate pentru:

- a permite persoanelor vârstnice să rămână membri deplini ai societății cât mai mult timp posibil;
- a permite persoanelor vârstnice să aleagă liber propriul stil de viață și să ducă o existență independentă în mediul lor obișnuit atât timp cât doresc și cât acest lucru este posibil;
- a garanta persoanelor vârstnice care trăiesc în instituții o asistență corespunzătoare în privința vieții private și participarea la stabilirea condițiilor de viață în instituție.

Aceste două documente împreună cu alte planuri și programe internaționale subordonate acestora stau la baza strategiilor și programelor dedicate protecției persoanelor vârstnice și reprezintă repere pentru legislația multor state semnatare, inclusiv pentru legislația românească[37].

IV.2. LEGISLAȚIA ROMÂNEASCĂ

Principalele acte normative în domeniul asistenței persoanelor de vârsta a treia sunt:

- Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice;

[36] A fost adoptată în 1961 și revizuită în 1996. Site-ul oficial al Cartei Sociale Europene este: www.coe.int/socialcharter. România a ratificat acest document prin Legea nr. 74 din 3 mai 1999 pentru ratificarea Cartei sociale europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996, publicată în Monitorul Oficial nr. 193 din 4 mai 1999.

[37] Un astfel de exemplu este Strategia națională de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008, adoptată pe baza Hotărârii de Guvern nr. 541 din 9 iunie 2005.

- Hotărârea Guvernului nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice;
- Hotărârea de Guvern nr. 499/2004 privind înființarea, organizarea și funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor
- Ordinul nr. 491/180 din 23 mai 2003 pentru aprobarea Grilei de evaluare medico-socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale;
- Ordinul Ministrului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei nr. 246 din 27 martie 2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice;
- Hotărârea de Guvern nr. 1317 din 27 octombrie 2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice.
- Legea nr. 292 din 20 decembrie 2011 a asistenței sociale.

În funcție de situația personală a beneficiarilor și de problemele pe care le întâmpină, persoanele vârstnice pot fi în același timp persoane dezavantajate, persoane cu dizabilități, pensionari etc. Astfel, în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice, pot fi luate în calcul și actele normative specifice în domenii precum:

- pensii și alte forme de prestații sociale;
- asigurări sociale de sănătate;
- servicii pentru persoane cu dizabilități;
- servicii pentru persoane defavorizate etc.

Noua lege a asistenței sociale nr. 292/2011 include, în capitolul IV dedicat măsurilor integrate de asistență socială, o parte a acestor perspective, din dorința unei abordări integrative a problematicii persoanelor vârstnice.

IV.3. COMPETENȚE INSTITUȚIONALE

Legislația românească specifică în asistența persoanelor vârstnice prevede o serie de instituții, cu atribuții în domeniul sprijinirii acestei categorii sociale. Aceste instituții pot fi grupate în funcție de ierarhie și arie geografică acoperită în instituții naționale, județene și locale.

Ca urmare a aplicării principiului subsidiarității (principiu ce stă la baza sistemului național de asistență socială), o serie de atribuții specifice domeniului de asistență a persoanelor vârstnice se întrepătrund între două sau mai multe instituții.

În continuare sunt prezentate instituțiile menționate de Legea nr. 17/2000, în ordine ierarhică descrescătoare, cu descrierea specifică a atribuțiilor și sarcinilor corespunzătoare.

Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale:

- Propune măsuri legislative în domeniu (inclusiv forma Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice) individual sau în colaborare cu alte ministere sau instituții;
- Asigură îndrumarea metodologică, coordonează, controlează și evaluează aplicarea dispozițiilor Legii nr.17/2000;
- Asigură finanțare pentru următoarele tipuri de cheltuieli:
  - Finanțarea activităților de asistență socială desfășurate de asociații și fundații române;
  - Cheltuieli de investiții și reparații capitale pentru unități de asistență socială din zone defavorizate;
  - Completarea veniturilor extrabugetare ale căminelor pentru persoane vârstnice, atunci când resursele bugetelor locale devin insuficiente, etc.

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice[38] conform legislației de înființare, organizare și funcționare are următoarele atribuții:

- Sprijină instituțiile statului în aplicarea recomandărilor Adunării Mondiale a Persoanelor Vârstnice și urmărește realizarea lor;
- Propune Guvernului programe privind ameliorarea continuă a condițiilor de viață a persoanelor vârstnice;
- Urmărește aplicarea reglementărilor legale privind persoanele vârstnice și sesizează organele competente despre abaterile constatate;
- Formulează teme de cercetare și contractează elaborarea de studii sociologice privind viața persoanelor vârstnice cu instituții și unități specializate în domeniu, realizează analize proprii și elaborează puncte de vedere referitoare la îmbunătățirea nivelului de trai al persoanelor vârstnice;
- Avizează proiecte de acte normative care privesc persoanele vârstnice, avizul fiind consultativ;
- Sprijină organizarea asociativă a persoanelor vârstnice și participarea lor activă la viața socială;
- Seprezintă persoanele vârstnice din România în relațiile cu organizații similare din alte țări sau cu organizații internaționale ale persoanelor vârstnice;
- Participă, în calitate de reprezentant al societății civile privind persoanele vârstnice, în grupuri de lucru, consilii și comitete organizate la nivel național, local și în cadrul ministerelor, al agențiilor și al instituțiilor asimilate acestora, alături de alți parteneri sociali si guvernamentali, care analizează și propun măsuri ce privesc îmbunătățirea nivelului de trai al persoanelor vârstnice;
- Îl informează pe Președintele României, pe primul-ministru, conduce-

[38] Înființat pe baza Legii nr. 16/2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice. Mai multe informații despre această instituție pot fi găsite pe site-ul oficial www.cnpv.ro.

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

rile organelor administrației publice centrale cu atribuții în domeniul protecției sociale, prefecții și primarii, în legătură cu aspecte ce privesc riscurile și situația de criză în care se găsesc unele persoane vârstnice;

- Întreține relații permanente de colaborare cu reprezentanții mass-media pentru informarea populației cu privire la problematica persoanelor vârstnice.

Comitetele consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice[39] au ca principale atribuții:

- Analiza problemelor cu caracter socioeconomic care privesc persoanele vârstnice;
- Elaborarea de propuneri pentru soluționarea acestor probleme;
- Elaborarea unor rapoarte anuale ce vor fi înaintate de către prefect conducerii Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei și a Ministerului Administrației și Internelor.

Agențiile județene pentru plăți și inspecție socială:

- Acreditează, monitorizează și evaluează activitățile sociale și socio-medicale desfășurate de furnizorii de servicii de asistență pentru persoanele vârstnice;
- În cazul în care nu există un departament specializat de asistență socială în cadrul consiliului local, atunci îi revin responsabilitățile de a realiza ancheta socială și evaluarea situației vârstnicului și de a lua deciziile referitoare la aprobarea, respingerea, suspendarea sau încetarea dreptului la serviciile de asistență socială.

Consiliile locale:

- Sunt responsabile de organizarea serviciilor sociale și socio-medicale[40] de îngrijire pentru persoanele vârstnice la nivel local;
- Angajează personalul de îngrijire prin plata cu ora, fracțiuni de normă sau normă întreagă pentru asigurarea îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice dependente conform grilei naționale de evaluare;
- Monitorizează și evaluează activitățile sociale și socio-medicale oferite pe baza legii;
- Asigură finanțarea asistenței sociale a persoanelor vârstnice prin:
  - subvențiile acordate în completarea veniturilor extrabugetare a căminelor;
  - finanțează organizațiile neguvernamentale, fundațiile, etc. active în domeniu și acreditate conform legii;
  - acoperirea costurilor de organizare și funcționare a serviciilor pentru persoane vârstnice și a costurilor salariilor personalului de în-

[39] Înființate în baza Hotărârii Guvernului nr. 499/2004 privind înființarea, organizarea și funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor.

[40] Serviciile pot fi oferite direct (prin intermediul serviciilor publice de asistență socială sau a departamentelor specializate din subordine) sau în parteneriat sau cu subcontractarea altor instituții.

grijire la domiciliu (însoțitori);

- Hotărăște anual cu privire la cuantumul mediul lunar de întreținere datorat de persoanele vârstnice cazate în căminele de pensionari sau de susținătorii acestora;
- Asigură, din bugetul local, pentru persoanele vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali, contribuția lunară pentru asigurarea serviciilor de îngrijire personală la domiciliu și pentru asistarea și îngrijirea în centre rezidențiale;
- Ia decizii privind aprobarea, respingerea, suspendarea sau încetarea dreptului la servicii pentru:
  - serviciile de asistență socială organizate pe plan local;
  - îngrijirea în căminele aflate în administrare;
  - îngrijirea la domiciliu.

Serviciile publice locale de asistență socială (SPAS):

- Realizează evaluarea nevoilor și/sau a gradului de dependență pe baza anchetei sociale și a grilei de evaluare și propune măsurile de asistență conform situației individuale constatate;
- Ia decizia de a oferi serviciile de îngrijire, dacă persoana vârstnică nu are capacitatea de a-și da consimțământul; în acest caz, serviciile oferite vor fi stabilite pe baza rezultatelor anchetei sociale, a grilei de evaluare a nevoilor și a recomandărilor medicului specialist și vor fi acordate cu acceptul rudelor de gradul I sau a unui alt membru de familie;
- Oferă consiliere atât vârstnicilor cât și membrilor familiei acestora, pentru prevenirea marginalizării sociale și pentru sprijinirea reintegrării sociale a persoanelor vârstnice;
- În funcție de nivelul veniturilor vârstnicului și a susținătorilor, SPAS poate oferi serviciile necesare în mod gratuit sau cu plata unei contribuții;
- La cererea Autorității Tutelare, realizează în termen de 10 zile de la data primirii solicitării o anchetă socială referitoare la nerespectarea angajamentelor de îngrijire în cazul contractelor de vânzare-cumpărare cu clauză de îngrijire încheiate de persoanele vârstnice asistate în acest sens de către Autoritatea Tutelară.
- Asigură înmormântarea vârstnicilor lipsiți de susținători legali sau când aceștia nu au venituri suficiente pentru acoperirea acestor costuri.

Autoritatea Tutelară

- Are obligația de a acorda, la solicitarea persoanei vârstnice, consiliere gratuită în vederea încheierii actelor juridice de vânzare-cumpărare, donație sau împrumuturi cu garanții imobiliare care au ca obiect bunurile mobile sau imobile ale persoanei vârstnice respective;
- La solicitarea beneficiarului, din oficiu, asistă persoana vârstnică la încheierea actelor juridice de înstrăinare în scopul îngrijirii proprii[41]; în

[41] În cazul acestor contracte este recomandat ca în textul documentului să fie menționate exact și

BCU "MIHAIL KOGĂLNICEANU" IAȘI LIBRARY

aceste cazuri, primește din oficiu și păstrează un exemplar al acestor acte juridice;
- Primește sesizări/se autosesizează cu privire la nerespectarea clauzelor stipulate în actele juridice menționate și în 24 de ore de la sesizare are obligația de a solicita serviciului de asistență socială o anchetă socială;
- Propune măsuri de executare legală a dispozițiilor înscrise în actele juridice menționate și în caz de nerespectare, poate solicita în instanța judecătorească rezilierea contractului.

Asociații și fundații neguvernamentale:
- Pot deveni furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, prin acreditarea acestor serviciilor de către direcțiile de muncă județene;
- Pot solicita din partea instituțiilor abilitate acordarea de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice;
- Poate completa, în funcție de situație și la cererea furnizorilor de servicii, colectivul care realizează ancheta socială și evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice.

Membrii familiei / reprezentanții legali / susținătorii persoanelor vârstnice:
- Au obligația de a asigura îngrijirea și întreținerea persoanelor vârstnice;
- Își dau acordul cu privire la oferirea serviciilor de îngrijire la domiciliu / în căminele pentru pensionari în situația în care vârstnicul este în imposibilitatea de a-și da consimțământul ca urmare a stării de sănătate;
- Plătesc contribuția stabilită de furnizorii de servicii sociale sau costul lunar de îngrijire în căminele de pensionari, în situația în care veniturile vârstnicului nu sunt suficiente.

IV.4. PROVOCĂRI SOCIO-DEMOGRAFICE

Organizația Mondială a Sănătății a avertizat, in ultimul deceniu, asupra faptului că nevoile de îngrijire pe termen lung vor continua să crească sub influența mai multor factori: evoluția structurii familiale; mobilitatea geografică a populației active; procesul rapid de îmbătrânire demografică. România are, conform ultimului recensământ, un procent de 19.4% populație vârstnică (*Recensământul Populației și Locuințelor*, 18 martie 2002), iar aceste aspecte devin importante în țara noastră, unde îngrijirea vârstnicilor este, în mod tradițional, furnizată de familii (Gîrleanu-Șoitu, 2006; Stan, 2001).

Politicile sociale și de sănătate au de făcut față unei noi provocări, cea a îngrijirii persoanelor vârstnice semidependente și dependente pentru un termen îndelungat (Vlădescu, Astărăstoae, Scîntee, 2010, pp. 87-96).

detaliat măsurile care vor fi luate pentru ameliorarea situației și sprijinirea vârstnicului.

BIBLIOGRAFIE:

1. Asociația Alternative Sociale, *Ghid de informare în domeniul traficului de persoane. Prevenire. Combatere. Asistența victimelor*, Iași, 2006;
2. Balahur, D., „Drept și legislație în asistența socială" în Bejan, P. (coord.), *Asistență socială vol. II. Învățământ la distanță, Anul I, Semestrul 2*, Editura Universității „Al. I. Cuza", Iași, 2009;
3. Eurostat Statistical Books, *The EU in the world. A statistical portrait*, Publications Office of the European Union, Luxenbourg, 2010;
4. Gîrleanu-Șoitu, D. & Rădoi-Ciurlică, M., *Sisteme de acțiune socială*, Editura Fundației Academice AXIS, Iași, 2008;
5. United Nations Economic Comission for Europe, „Advancing intergenerational solidarity" în *UNECE Policy Brief on Ageing no.8*, August 2010.

Legislație:

1. Hotărârea Guvernului nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 507 din 16 octombrie 2000;
2. Hotărârea Guvernului nr. 499 din 7 aprilie 2004 privind înființarea, organizarea și funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.338 din 19 aprilie 2004;
3. Hotărârea Guvernului nr. 541 din 9 iunie 2005 pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.541 din 27 iunie 2005;
4. Hotărârea Guvernului nr. 1317 din 27 octombrie 2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.997 din 10 noiembrie 2005;
5. Legea nr. 74 din 3 mai 1999 pentru ratificarea Cartei sociale europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.193 din 4 mai 1999;
6. Legea nr.16 din 6 martie 2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice, republicată cu modificările și completările ulterioare în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.304 din 8 mai 2009;
7. Legea nr. 17 din 6 martie 2000, privind asistența socială a persoanelor vârstnice republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.157 din 6 martie 2007, cu modificările și completările ulterioare;

8. Legea nr. 292 din 20 decembrie 2011 a asistenței sociale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.905, din 20 decembrie 2011;
9. Ordinul nr. 491/180 din 23 mai 2003 pentru aprobarea Grilei de evaluare medico-socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale;
10. Ordinul nr. 246 din 27 martie 2006 al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.637 din 24 iulie 2006.

Web:

1. http://www.un.org
2. http://www.coe.int
3. http://epp.eurostat.ec.europa.eu
4. http://www.cnpv.ro

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CAP.V. CÂTEVA PROBLEME JURIDICE ALE PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA

Introducere

În cele ce urmează vom prezenta pe scurt instituții de drept sau reglementări cu a căror incidență se confruntă mai des persoanele vârstnice. Considerațiile ce urmează sunt menite să conștientizeze persoana interesată cu privire la drepturile de care beneficiază, la obligațiile și riscurile asumate prin încheierea unui act juridic și la modul în care poate valorifica drepturile conferite de lege sau dobândite prin contracte sau alte acte juridice.

Prezentul capitol nu își propune să facă un rezumat al tratatelor de drept, ci să se adreseze într-un limbaj accesibil, dar riguros, categoriilor vizate de această carte și nu numai pentru o minimă cultură juridică ci și pentru ca atunci când acestea vor apela la specialistul în domeniu (notar, avocat) să aibă noțiunile necesare pentru a cere serviciul juridic dorit.

De cele mai multe ori notarul va reflecta în actele întocmite voința exprimată de beneficiar. Conștientizarea, de către persoana vârstnică, a drepturilor și opțiunilor de care dispune, va permite specialistului în domeniu un dialog în urma căruia, analizând și situația concretă, să fie întocmit actul dorit realmente.

Astfel, rolul principal al acestui capitol este cel de prezentare a opțiunilor ce pot fi formulate în situații ipotetice, cu avantajele și dezavantajele lor. Nu este și nici nu ar fi posibil ca această prezentare să fie una exhaustivă.

Acolo unde am considerat oportun, prezentarea reglementărilor incidente este făcută prin redarea unor hotărâri judecătorești (reale și nemodificate) în scopul de a arăta și modul în care, în concret, o reglementare legală este aplicată.

V.1. ASPECT PREALABIL. TERMINOLOGIE. APLICAREA LEGII ÎN TIMP

V.1.1. Aspect prealabil

În cursul anului 2011, mai exact la data de 1 octombrie 2011 Codul civil, Codul Familiei, Codul Comercial, o serie de legi și alte acte normative au fost

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

abrogate[42] şi înlocuite cu Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, modificată şi

[42]Art. 230 din Legea nr. 71 din 3 iunie 2011 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 287/2009 privind Codul civil

„La data intrării în vigoare a Codului civil se abrogă:

a) Codicele civil (sau Codul civil din 1864), publicat în Monitorul Oficial nr. 271 din 4 decembrie 1864, nr. 7 din 12 ianuarie 1865, nr. 8 din 13 ianuarie 1865, nr. 8 din 14 ianuarie 1865, nr. 11 din 16 ianuarie 1865, nr. 13 din 19 ianuarie 1865, cu modificările şi completările ulterioare, cu excepţia dispoziţiilor art. 1169-1174 şi 1176-1206, care se abrogă la data intrării în vigoare a Legii nr. 134/2010 privind Codul de procedură civilă;

b) Legea nr. 313/1879 pentru anularea clauzei penale din oricare contracte şi pentru adaosul unui alineat la art. 1.089 din Codul civil, publicată în Monitorul Oficial nr. 40 din 20 februarie 1879;

c) Codicele de comerţ din 1887, publicat în Monitorul Oficial nr. 31 din 10 mai 1887, cu excepţia dispoziţiilor art. 46-55, 57, 58 şi 907-935, aplicabile în continuare în raporturile dintre profesionişti, care se abrogă la data intrării în vigoare a Legii nr. 134/2010 , a cărţii a II-a «Despre comerţul maritim şi despre navigaţie», precum şi a dispoziţiilor art. 948, 953, art. 954 alin. (1) şi art. 955, care se abrogă la data intrării în vigoare a Codului maritim;

d) Decretul nr. 2.142/1930 pentru promulgarea Legii privind funcţionarea cărţilor funduare centrale pentru căile ferate şi canaluri nr. 148/1930, publicat în Monitorul Oficial nr. 127 din 12 iunie 1930;

e) Legea nr. 178/1934 privind reglementarea contractului de consignaţie, publicată în Monitorul Oficial nr. 173 din 30 iulie 1934;

f) art. 17 şi art. 19-28 din Legea nr. 153/1937 privind magazinele generale şi warantarea mărfurilor şi cerealelor (Dockuri şi silozuri), publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 81 din 7 aprilie 1937;

g) Decretul-lege nr. 115/1938 pentru unificarea dispoziţiunilor privitoare la cărţile funciare, publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 95 din 27 aprilie 1938, cu modificările ulterioare;

h) Codul civil Carol al II-lea, republicat în Monitorul Oficial nr. 206 din 6 septembrie 1940, cu modificările ulterioare;

i) Codul comercial Carol al II-lea, republicat în Monitorul Oficial nr. 194 din 23 august 1940, cu modificările şi completările ulterioare;

j) Legea nr. 319/1944 pentru dreptul de moştenire al soţului supravieţuitor, publicată în Monitorul Oficial nr. 133 din 10 iunie 1944;

k) Legea nr. 163/1946 pentru înlocuirea provizorie cu cărţi de evidenţă funciară a cărţilor funciare distruse, sustrase sau pierdute, publicată în Monitorul Oficial nr. 62 din 14 martie 1946, cu modificările ulterioare;

l) Legea nr. 242/1947 pentru transformarea cărţilor funciare provizorii din Vechiul Regat în cărţi de publicitate funciară, publicată în Monitorul Oficial nr. 157 din 12 iulie 1947, cu modificările ulterioare;

m) Legea nr. 4/1953 privind Codul familiei, republicată în Buletinul Oficial nr. 13 din 18 aprilie 1956, cu modificările şi completările ulterioare;

n) Decretul nr. 31/1954 privitor la persoanele fizice şi persoanele juridice, publicat în Buletinul Oficial nr. 8 din 30 ianuarie 1954, cu modificările şi completările ulterioare;

o) Decretul nr. 32/1954 pentru punerea în aplicare a Codului Familiei şi a Decretului privitor la persoanele fizice şi persoanele juridice, publicat în Buletinul Oficial nr. 9 din 31 ianuarie 1954, cu excepţia art. 30-43, care se abrogă la data intrării în vigoare a Legii nr. 134/2010;

p) Decretul nr. 167/1958 privitor la prescripţia extinctivă, republicat în Buletinul Oficial nr. 11 din 15 iulie 1960;

q) art. 1-33 şi 36-147 din Legea nr. 105/1992 cu privire la reglementarea raporturilor de drept internaţional privat, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 245 din 1 octombrie 1992, cu completările ulterioare;

r) Legea arendării nr. 16/1994, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 91 din 7 aprilie 1994, cu modificările şi completările ulterioare;

s) art. 21-33 din Legea locuinţei nr. 114/1996, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I,

completată[43].

V.1.2. Terminologie

Existența a două coduri civile care se succed ne obligă să stabilim, pentru evitarea confuziilor, denumiri diferite pentru cele două acte. Astfel, în cele ce urmează, ne vom referi la Codul civil din 1864 prin sintagma „Codul Civil" și prescurtarea „C. civ.", iar Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, modificată și completată va fi denumită „Noul Cod Civil" și prescurtată „N. C. Civ.".

V.1.3. Aplicarea legii în timp

O primă problemă este cea a determinării legii care se aplică actelor sau faptelor încheiate, executate, respectiv săvârșite înainte sau după intrarea în vigoare a Noului Cod Civil.

---

nr. 393 din 31 decembrie 1997;

ș) art. 7, 14 și 15 din Legea nr. 119/1996 cu privire la actele de stare civilă, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 743 din 2 noiembrie 2009, cu modificările ulterioare;

t) art. 32 din Legea fondului funciar nr. 18/1991, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1 din 5 ianuarie 1998, cu modificările și completările următoare;

ț) art. 9 alin. 8 din Legea nr. 112/1995 pentru reglementarea situației juridice a unor imobile cu destinația de locuințe, trecute în proprietatea statului, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 279 din 29 noiembrie 1995, cu modificările ulterioare;

u) titlul VI „Regimul juridic al garanțiilor reale mobiliare" al Legii nr. 99/1999 privind unele măsuri pentru accelerarea reformei economice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 236 din 27 mai 1999, cu modificările ulterioare;

v) art. 12, 14-25, art. 32 alin. (2), art. 43 și 44 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 40/1999 privind protecția chiriașilor și stabilirea chiriei pentru spațiile cu destinația de locuințe, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 148 din 8 aprilie 1999, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 241/2001, cu modificările ulterioare; de la aceeași dată, dispozițiile art. 12 și 14-25 nu se mai aplică nici contractelor de închiriere a locuinței în curs de executare;

w) Legea nr. 509/2002 privind agenții comerciali permanenți, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 581 din 6 august 2002;

x) art. 40 alin. (1), art. 41 și 42 din Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 557 din 23 iunie 2004, cu modificările ulterioare;

y) art. 1, 5-13, 16, art. 18 alin. (2) teza I, art. 56 alin. (1)-(4), art. 57, 59-63 și 65 din Legea nr. 273/2004 privind regimul juridic al adopției, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 788 din 19 noiembrie 2009;

z) art. 90 alin. (2) din Legea gazelor nr. 351/2004, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 679 din 28 iulie 2004, cu modificările și completările ulterioare;

aa) titlul X „Circulația juridică a terenurilor" al Legii nr. 247/2005 privind reforma în domeniile proprietății și justiției, precum și unele măsuri adiacente, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 653 din 22 iulie 2005, cu modificările și completările ulterioare;

bb) orice alte dispoziții contrare, chiar dacă acestea sunt cuprinse în legi speciale.

[43] Legea nr. 287/2009 a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 511 din 24 iulie 2009, a fost modificată prin Legea nr. 71/2011 și rectificată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 427 din 17 iunie 2011 și în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 489 din 8 iulie 2011.

Rezolvarea acestei probleme constă în aplicarea a două principii de drept:

- Principiul neretroactivității legii civile noi;
- Principiul aplicării imediate a legii civile noi.

Aceste principii au fost consacrate de Constituția României, iar în ceea ce privește legea civilă fac obiectul reglementării art. 6 N. C. Civ.:

„(1) Legea civilă este aplicabilă cât timp este în vigoare. Aceasta nu are putere retroactivă.

(2) Actele și faptele juridice încheiate ori, după caz, săvârșite sau produse înainte de intrarea în vigoare a legii noi nu pot genera alte efecte juridice decât cele prevăzute de legea în vigoare la data încheierii sau, după caz, a săvârșirii ori producerii lor.

(3) Actele juridice nule, anulabile sau afectate de alte cauze de ineficacitate la data intrării în vigoare a legii noi sunt supuse dispozițiilor legii vechi, neputând fi considerate valabile ori, după caz, eficace potrivit dispozițiilor legii noi.

(4) Prescripțiile, decăderile și uzucapiunile începute și neîmplinite la data intrării în vigoare a legii noi sunt în întregime supuse dispozițiilor legale care le-au instituit.

(5) Dispozițiile legii noi se aplică tuturor actelor și faptelor încheiate sau, după caz, produse ori săvârșite după intrarea sa în vigoare, precum și situațiilor juridice născute după intrarea sa în vigoare.

(6) Dispozițiile legii noi sunt de asemenea aplicabile și efectelor viitoare ale situațiilor juridice născute anterior intrării în vigoare a acesteia, derivate din starea și capacitatea persoanelor, din căsătorie, filiație, adopție și obligația legală de întreținere, din raporturile de proprietate, inclusiv regimul general al bunurilor, și din raporturile de vecinătate, dacă aceste situații juridice subzistă după intrarea în vigoare a legii noi."

Prevederile citate sunt clare, iar față de scopul prezentei lucrări nu sunt necesare comentarii suplimentare. Totuși, este important să menționăm că în literatura de specialitate a fost exprimată următoarea opinie, cu care suntem, în totalitate, de acord:

„(...) excepția ultraactivității legii vechi își găsește aplicare nu numai în cazul în care legea nouă prevede în mod expres aceasta, ci și în cazul normelor juridice supletive. Aceasta, deoarece părțile care întocmesc un act juridic lasă pe seama normelor juridice supletive[44], în vigoare la acel moment, stabilirea unor condiții și efecte ale actului juridic respectiv astfel încât abrogarea găsește legea

[44] Normele de drept sunt supletive dacă stabilesc o anumită conduită, care este obligatorie pentru părți numai în cazul în care aceste nu au prevăzut, prin voința lor, o altă conduită. (în ambele coduri civile în lipsa unei stipulații contrare cheltuielile legate de încheirea contractului de schimb sunt suportate, în mod egal, de părți).
Acestora li se opun normele imperative. Normele de drept civil sunt imperative atunci când impun subiectelor de drept o acține sau abținere și care nu permit o derogare (în ambele coduri civile este impusă forma autentică a donației sub sancțiunea nulității absolute).

veche încorporată, prin voința părților, în acte juridice încheiate sub imperiul ei; prin urmare, legea nouă, dacă s-ar aplica acestor acte juridice, ar nesocoti voința părților și ar dărâma efectele pregătite de părți, dar nerealizate încă. Tocmai de aceea este firesc ca legea care a guvernat actul juridic respectiv să se aplice tuturor efectelor acestuia, chiar și efectelor care se vor produce după abrogarea ei." (Boroi, Anghelescu, 2011, p. 18)

V.2. CAPACITATEA DE A ÎNCHEIA ACTE JURIDICE ȘI CONSIMȚĂMÂNTUL PERSOANEI VÂRSTNICE

Pentru încheierea valabilă a actelor juridice legea reglementează anumite condiții generale ce trebuie întrunite în persoana celui ce dispune de drepturile sale. Aceste condiții sunt obligatorii ori de câte ori se încheie un contract, se întocmește un testament, se acceptă o moștenire etc.

În cazul persoanelor vârstnice deseori este contestată capacitatea acestora de a încheia acte juridice și consimțământul.

V.2.1. Capacitatea de exercițiu

Capacitatea de exercițiu constă în aptitudinea persoanei de a dobândi și exercita drepturi subiective civile, precum și de a-și asuma și executa obligații civile, prin încheierea de acte juridice civile.

Capacitatea de exercițiu deplină se dobândește, de regulă, prin împlinirea vârstei de 18 ani.

Capacitatea de exercițiu deplină încetează, fie prin deces, fie prin punere sub interdicție.

Interzisul judecătoresc nu poate să își asume de unul singur (fără încuviințarea tutorelui/curatorului, după caz a autorității tutelare/instanței de tutelă[45]) obligații contractuale și nici să dispună prin acte unilaterale.

[45] În reglemenarea Noului Cod Civil art. 229 din Legea nr. 71/2011

„ (1) Organizarea, funcționarea și atribuțiile instanței de tutelă și de familie se stabilesc prin legea privind organizarea judiciară.

(2) Până la reglementarea prin lege a organizării și funcționării instanței de tutelă:

a) atribuțiile acesteia, prevăzute de Codul civil, sunt îndeplinite de instanțele, secțiile sau, după caz, completele specializate pentru minori și familie;

b) raportul de anchetă psihosocială prevăzut de Codul civil este efectuat de autoritatea tutelară, cu excepția anchetei prevăzute la art. 508 alin. (2), care se efectuează de direcția generală de asistență socială și protecția copilului;

c) autoritățile și instituțiile cu atribuții în domeniul protecției drepturilor copilului, respectiv a persoanei fizice continuă să exercite atribuțiile prevăzute de reglementările în vigoare la data intrării în vigoare a Codului civil, cu excepția celor date în competența instanței de tutelă.

(3) Până la intrarea în vigoare a reglementării prevăzute la alin. (1), în vederea îndeplinirii atribuțiilor referitoare la exercitarea tutelei cu privire la bunurile minorului sau, după caz, cu privire la supravegherea modului în care tutorele administrează bunurile minorului, instanța de tutelă poate delega, prin încheiere, îndeplinirea unora dintre acestea autorității tutelare."

O persoană alienată mintal care nu a fost pusă sub interdicție are capacitatea de a încheia acte juridice, însă, valabilitatea consimțământului său va fi analizată pentru fiecare act în parte.

Punerea sub interdicție judecătorească este mijloc de ocrotire judiciară a persoanelor lipsite de discernământ, aflate în imposibilitatea de a se îngriji de interesele lor sau de a-și exercita drepturile civile.

Interdicția poate fi cerută de persoanele apropiate, precum și de administratorii și locatarii casei în care persoana lipsită de discernământ locuiește, serviciul de stare civilă, precum și notarul public, instanțele judecătorești, organele administrației publice locale, instituțiile de ocrotire, precum și orice altă persoană.

O premieră în această materie constă în posibilitate de alegere a tutorelui și posibilitatea constituirii consiliului de familie[46].

Astfel, orice persoană care are capacitatea deplină de exercițiu poate desemna prin act unilateral sau contract de mandat, încheiate în formă autentică, persoana[47] care urmează a fi numită tutore[48] pentru a se îngriji de persoana și bunurile sale în cazul în care ar fi pusă sub interdicție judecătorească. Desemnarea făcută poate fi revocată oricând.

În lipsa unui tutore desemnat, instanța de tutelă numește cu prioritate ca tutore, dacă nu se opun motive întemeiate, o rudă sau un afin ori un prieten al familiei persoanei a cărei interdicție a fost cerută, în stare să îndeplinească

---

[46] Consiliul de familie este reglementat de art. 124 – 132 N. C. Civ.
Consiliul de familie se poate constitui pentru a supraveghea modul în care tutorele își exercită drepturile și își îndeplinește îndatoririle cu privire la persoana și bunurile interzisului. Instanța de tutelă poate constitui un consiliu de familie, compus din 3 persoane, de regulă rude sau afini (instanța de tutelă numește și 2 supleanți). Tutorele nu poate fi membru în consiliul de familie.
Numirea membrilor consiliului de familie se face cu acordul acestora.
Ședințele consiliului de familie se țin la domiciliul minorului. În cazul în care convocarea a fost făcută la solicitarea instanței de tutelă, ședința se ține la sediul acesteia.
Consiliul de familie dă avize consultative, la solicitarea tutorelui sau a instanței de tutelă, și ia decizii, în cazurile prevăzute de lege. Avizele consultative și deciziile se iau în mod valabil cu votul majorității membrilor săi, consiliul fiind prezidat de persoana cea mai înaintată în vârstă. Deciziile consiliului de familie vor fi motivate și consemnate într-un registru special constituit, care se ține de unul dintre membrii consiliului, desemnat în acest scop de instanța de tutelă.
Actele încheiate de tutore în lipsa avizului consultativ sunt anulabile. Încheierea actului cu nerespectarea avizului atrage numai răspunderea tutorelui.
Tutorele poate cere instituirea unui nou consiliu, dacă în plângerile formulate potrivit prezentului cod instanța a hotărât de cel puțin două ori, în mod definitiv, împotriva deciziilor consiliului de familie. Dacă nu este posibilă constituirea unui nou consiliu, ca și în cazul contrarietății de interese dintre minor și toți membrii consiliului de familie și supleanți, tutorele poate cere instanței de tutelă autorizația de a exercita singur tutela.

[47] În cazul în care au fost desemnate mai multe persoane ca tutore, fără vreo preferință, ori există mai multe rude, afini sau prieteni ai familiei minorului în stare să îndeplinească sarcinile tutelei și care își exprimă dorința de a fi tutore, instanța de tutelă va hotărî ținând seama de condițiile lor materiale, precum și de garanțiile morale necesare dezvoltării armonioase a minorului.

[48] La numirea sau, după caz, în timpul tutelei, instanța de tutelă poate hotărî, din oficiu sau la cererea consiliului de familie, ca tutorele să dea garanții reale sau personale.

această sarcină, ținând seama, după caz, de relațiile personale, de apropierea domiciliilor, de condițiile materiale și de garanțiile morale pe care le prezintă cel chemat la tutelă. [49]

În caz de nevoie și până la soluționarea cererii de punere sub interdicție judecătorească, instanța de tutelă poate numi un curator special pentru îngrijirea și reprezentarea celui a cărui interdicție a fost cerută, precum și pentru administrarea bunurilor acestuia.

Interdicția își produce efectele de la data când hotărârea judecătorească a rămas definitivă. Cu toate acestea, lipsa de capacitate a celui interzis nu poate fi opusă unei terțe persoane decât de la data îndeplinirii formalităților de publicitate prevăzute de Codul de procedură civilă, afară numai dacă cel de-al treilea a cunoscut punerea sub interdicție pe altă cale.

Actele juridice încheiate de persoana pusă sub interdicție judecătorească sunt anulabile, chiar dacă la data încheierii lor aceasta ar fi avut discernământ.

Tutorele este dator să îngrijească de cel pus sub interdicție judecătorească, spre a-i grăbi vindecarea și a-i îmbunătăți condițiile de viață. În acest scop, se vor întrebuința veniturile și, la nevoie, toate bunurile celui pus sub interdicție judecătorească. Instanța de tutelă va hotărî, ținând seama de împrejurări, dacă cel pus sub interdicție judecătorească va fi îngrijit la locuința lui sau într-o instituție sanitară.

Tutorele nu poate, în numele interzisului, să facă donații și nici să garanteze obligația altuia.[50]

Din bunurile celui pus sub interdicție judecătorească, descendenții acestuia (fiu/fiică, nepoții de la aceștia) pot fi gratificați de către tutore, cu avizul consiliului de familie și cu autorizarea instanței de tutelă, fără însă să se poată da scutire de raport. Se înțelege astfel că alte rude (frați, veri etc.) precum și cunoștințele interzisului judecătoresc nu pot fi beneficiarii unor donații.

De asemenea, tutorele nu poate, fără avizul consiliului de familie și autorizarea instanței de tutelă, să facă acte de înstrăinare, împărțeală, ipotecare ori de grevare cu alte sarcini reale a bunurilor minorului, să renunțe la drepturile patrimoniale ale acestuia, precum și să încheie în mod valabil orice alte acte ce depășesc dreptul de administrare.

---

[49] Numirea tutorelui se face, cu acordul acestuia. Atunci când desemnarea tutorelui s-a făcut prin contract de mandat, cel desemnat tutore nu poate refuza numirea decât pentru motivele prevăzute de lege:
a) cel care are vârsta de 60 de ani împliniți;
b) femeia însărcinată sau mama unui copil mai mic de 8 ani;
c) cel care crește și educă 2 sau mai mulți copii;
d) cel care, din cauza bolii, a infirmității, a felului activităților desfășurate, a depărtării domiciliului de locul unde se află bunurile minorului sau din alte motive întemeiate, nu ar mai putea să îndeplinească această sarcină.

[50] Fac excepție darurile obișnuite, potrivite cu starea materială a interzisului.

În administrarea patrimoniului celui pus sub interdicție tutorele va trebui să respecte și prevederile art. 802 – 845 N. C. Civ.

Dacă au încetat cauzele care au provocat interdicția, instanța judecătorească va pronunța ridicarea ei.

Cererea se poate introduce de cel pus sub interdicție judecătorească, de tutore, precum și de persoanele sau instituțiile care pot solicita punerea sub interdicție.

Hotărârea prin care se pronunță ridicarea interdicției judecătorești își produce efectele de la data când a rămas definitivă. Cu toate acestea, încetarea dreptului de reprezentare al tutorelui nu va putea fi opusă decât de la data îndeplinirii formalităților de publicitate prevăzute de Codul de procedură civilă, afară numai dacă cel de-al treilea a cunoscut acest fapt pe altă cale.

Potrivit art. 16 din Legea nr. 71/2011 persoanele aflate la data intrării în vigoare a Noului Cod Civil sub tutelă, curatelă, interdicție sau alte măsuri de ocrotire sunt supuse, în ceea ce privește capacitatea lor, dispozițiilor Noului Cod Civil.

V.2.2. Consimțământul

Prin **consimțământ** se înțelege exteriorizarea hotărârii de a încheia un act juridic civil.

Pentru a fi valabil exprimat consimțământul trebuia, conform Codului Civil de la 1864, să îndeplinească cumulativ următoarele cerințe:

- Să provină de la o persoană cu discernământ;
- Să fie exprimat cu intenția de a produce efecte juridice;
- Să fie exteriorizat;
- Să nu fie alterat de vreun viciu de consimțământ.

Între vechea reglementare și prevederile art. 1024 N. C. Civ. există doar o diferență de formulare. Potrivit acestuia din urmă *„consimțământul părților trebuie să fie serios, liber și exprimat în cunoștință de cauză"*.

În consecință, pentru a fi valabil, consimțământul trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții (Boroi, Anghelescu, 2011, p. 131):

- Să fie exprimat în cunoștință de cauză adică să provină de la o persoană cu discernământ;
- Să fie serios, sau mai larg, să fie exprimat cu intenția de a produce efecte juridice;
- Să fie liber, adică să nu fie alterat de vreun viciu de consimțământ.

În ce privește condiția „să fie exteriorizat", precizăm că art. 13 N. C. Civ. stabilește că „renunțarea la un drept nu se prezumă".

Prin urmare, având în vedere și faptul că pentru verificarea celorlalte condiții ale consimțământului este necesară o formă de manifestare care să poată fi cunoscută, considerăm că și cerința exteriorizării consimțământului este încă ac-

tuală. Rămâne însă, doctrinei și jurisprudenței să definească conținutul acesteia în noua reglementare.

Cel mai adesea, în cazul actelor încheiate de persoane în vârstă se invocă nulitatea lor pe motivul lipsei de discernământ și/sau datorită intervenției vreunui viciu de consimțământ.

Discernământul este o stare de fapt și presupune ca cel ce își dă consimțământul să aibă puterea de a aprecia efectele juridice care se produc în temeiul manifestării sale de voință. Lipsa discernământului este sancționată cu nulitatea relativă a actului juridic.

Art. 1205 N. C. Civ. păstrează sancțiunea nulității relative a actului juridic încheiat cu o persoană fără discernământ.

Ca element de noutate, prin alin. (2) al art. 1205 N. C. Civ., legiuitorul stabilește că „este lovit de nulitate contractul încheiat cu o persoană pusă ulterior sub interdicție dacă, la momentul când actul a fost făcut, cauzele punerii sub interdicție existau și erau îndeobște cunoscute."

Doctrina analizează diferit (Boroi, Anghelescu, 2011, p. 133) prevederile acestui articol, concluzia la care s-a ajuns fiind aceea potrivit căreia se dă „art. 1205 alin. (2) N. C. Civ. o interpretare restrictivă în sensul că legiuitorul, într-o formulare nefericită, a dorit să sublinieze că, în ipoteza respectivă, anularea nu poate interveni pentru lipsa capacității de exercițiu ci pentru lipsa discernământului."

Pentru a evita anularea actelor juridice consimțite de o persoană vârstnică este recomandabil ca în prealabil aceasta să efectueze un consult psihiatric a cărui rezultat să fie prezentat notarului (dacă este cazul) și să fie păstrat.

Viciile de consimțământ sunt: eroarea, dolul, violența și leziunea.

În lumina noilor reglementări viciile de consimțământ rămân aceleași. Există însă unele modificări referitoare la condițiile viciilor și la efectele lor.

Leziunea este un viciu de consimțământ ce constă în prejudiciul material suferit de una dintre părți din cauza disproporției vădite de valoare între contraprestații, existentă chiar în momentul încheierii convenției (Boroi, 2001, p. 171).

Acest viciu poate să apară, conform dispozițiilor legale, numai în cazul actelor încheiate de minori între 14 și 18 ani.

În reglementarea anterioară intrării în vigoare a Noului Cod Civil exista o singură situație de excepție când persoana vârstnică (sau succesorii acesteia) putea invoca viciul leziunii și anume în cazul în care, după ce a acceptat succesiunea expres sau tacit, „succesiunea ar fi fost absorbită sau micșorată cu mai mult de jumătate prin descoperirea unui testament, necunoscut în momentul acceptării", conform art. 694 din Codul Civil.

Potrivit art. 1.221 N. C. Civ. „există leziune atunci când una dintre părți, profitând de starea de nevoie, de lipsa de experiență ori de lipsa de cunoștințe a celeilalte părți, stipulează în favoarea sa ori a unei alte persoane o prestație de

o valoare considerabil mai mare, la data încheierii contractului, decât valoarea propriei prestații.

Existența leziunii se apreciază și în funcție de natura și scopul contractului.

Leziunea poate exista și atunci când minorul își asumă o obligație excesivă prin raportare la starea sa patrimonială, la avantajele pe care le obține din contract ori la ansamblul circumstanțelor."

Se poate observa că spre deosebire de vechea reglementare, unde leziunea era instituită pentru minorii cu capacitate de exercițiu restrânsă, Noul Cod Civil distinge între leziunea majorului și leziunea minorului.

De interes pentru noi este leziunea majorului. În acest caz legiuitorul, prin art. 1222 alin (2) N. C. Civ., stabilește că acțiunea în anulare este admisibilă numai dacă leziunea depășește jumătate din valoarea pe care o avea, la momentul încheierii contractului, prestația promisă sau executată de partea lezată. Disproporția trebuie să subziste până la data cererii de anulare.

Sancțiunea în cazul leziunii constă în nulitatea relativă a actului juridic încheiat după intrarea în vigoarea a Noului Cod Civil, sau reducerea, respectiv mărirea uneia dintre prestații.

Dreptul la acțiunea în anulare sau în reducerea obligațiilor pentru leziune se prescrie în termen de un an de la data încheierii contractului. Anulabilitatea contractului nu poate să fie opusă pe cale de excepție când dreptul la acțiune este prescris.

Violența este acel viciu de consimțământ care constă în amenințarea unei persoane cu un rău de natură să îi producă o temere ce o determină să încheie un act juridic, pe care altfel nu l-ar fi încheiat.

Fiind o situație de fapt ea poate fi probată în cadrul unui eventual litigiu prin orice mijloc de probă, motiv pentru care este indicat ca persoana vârstnică forțată să încheie un act juridic să aducă relațiile tensionate la cunoștința unui număr cât mai mare de persoane, a autorităților, asistenților sociali înainte de a consimți astfel de acte, pentru a putea folosi mărturia acestora și corespondența cu autoritățile în cadrul unui eventual proces civil.

În noua reglementare, în ceea ce privește violența, legiuitorul face anumite precizări care au menirea să clarifice unele situații dezbătute anterior în doctrină.

O astfel de situație o reprezintă aceea a încheierii unui contract de către o persoana datorită stării de necesitate în care se află. Controversa în acest caz era determinată de existența sau inexistența viciului violenței și de sancțiunea aplicată.

Soluția la care s-a ajuns, după ce s-au analizat prevederile art. 1218 N. C. Civ., este aceea potrivit căreia „dacă una dintre părțile actului juridic profită de starea de necesitate în care se află cealaltă parte, actul juridic respectiv este sus-

ceptibil de anulare potrivit regulilor de la violență." (Boroi, Anghelescu, 2011, p.148).

Un alt element de noutate este prevăzut la art. 1220 N. C. Civ. care stabilește faptul că „violența atrage anularea contractului și atunci când este exercitată de un terț, însă numai dacă partea al cărei consimțământ nu a fost viciat cunoștea sau, după caz, ar fi trebuit să cunoască violența săvârșită de către terț." Așadar, potrivit actualei reglementări, dacă cocontractantul nu a știut si nici nu ar fi trebuit să cunoască violența săvârșită de un terț, partea al cărui consimțământ a fost viciat nu poate cere anularea actului, ea având la îndemână doar acțiunea în despăgubire prevăzută la alin. (2) al art. 1220 N. C. Civ.

Dolul constă în inducerea în eroare a unei persoane prin mijloace viclene sau dolosive, pentru a o determina să încheie un anumit act juridic.

Analizând condițiile dolului în doctrină s-a reținut: „din textul art. 960, Codul Civil rezultă că dolul neexcluzând consimțământul, nu împiedică formarea contractului, dar îl face anulabil pentru că a împiedicat ca voința să fie liberă. Aceasta înseamnă că trebuie dovedit că la încheierea actului au existat mijloace viclene, că ele au emanat de la una dintre părțile contractante și că au fost cauza determinantă a contractului, deci că, fără ele, cealaltă parte nu ar fi contractat. Într-o speță, instanța pronunțând anularea unui contract autentic de vânzare – cumpărare, a dedus existența dolului din raporturile actuale dintre părți, ceea ce constituie o nelegalitate, deoarece o simplă prezumție, oricât de gravă ar fi, nu este suficientă. Acela care invocă dolul trebuie să dovedească într-un mod clar că au existat mijloacele viclene și că ele au produs rezultatul urmărit, adică smulgerea consimțământului la contractare. Așa fiind, justificat în recurs, acțiunea a fost respinsă." (Perju, 1992, p. 59)

Conform noii reglementări nu mai există condiția potrivit căreia, pentru a fi viciu de consimțământ dolul trebuie să fie determinant pentru încheierea contractului, aceasta deoarece „partea al cărei consimțământ a fost viciat prin dol poate cere anularea contractului, chiar dacă eroarea în care s-a aflat nu a fost esențială." (art. 1214 alin. (2) N. C. Civ.)

Prin urmare, potrivit Noului Cod Civil, singura condiție necesară a fi îndeplinită pentru a ne afla în fața unui dol este că manoperele dolosive trebuie să provină de la cealaltă parte, de la reprezentantul, prepusul ori gerantul afacerilor celeilalte părți sau de la un terț, dacă cealaltă parte a cunoscut sau, după caz, ar fi trebuit să cunoască dolul la încheierea contractului.

Prin **eroare** se înțelege falsa reprezentare asupra unor împrejurări la încheierea unui act juridic (Boroi, 2001, p. 161).

În funcție de consecințele care intervin eroarea este de trei feluri:

- Eroarea obstacol (distructivă de voință) este sancționată cu nulitatea absolută;
- Eroarea gravă (eroare – viciu de consimțământ) poate duce la anularea actului (nulitate relativă);

- Eroarea indiferentă (falsa reprezentare asupra unor împrejurări mai puțin importante pentru încheierea actului juridic, neafectând valabilitatea lui) poate determina, cel mult, o diminuare valorică a prestației.

Noul Cod Civil împarte eroarea, în funcție de criteriul consecințelor care intervin, în esențială și neesențială.

Potrivit Noului Cod Civil eroarea este esențială:

- când poartă asupra naturii sau obiectului contractului (*error in negotium*);
- când poartă asupra identității obiectului prestației (*error in corpore*) sau asupra unei calități a acestuia ori asupra unei alte împrejurări considerate esențiale de către părți în absența căreia contractul nu s-ar fi încheiat (*error in substantiam*);
- când poartă asupra identității persoanei sau asupra unei calități a acesteia în absența căreia contractul nu s-ar fi încheiat (*error in personam*);
- când eroarea poartă asupra declarației de voință ori când declarația a fost transmisă inexact prin intermediul unei alte persoane sau prin mijloace de comunicare la distanță (eroarea de comunicare sau de transmitere).

Eroarea de drept este esențială atunci când privește o normă juridică determinantă, potrivit voinței părților, pentru încheierea contractului.

Eroarea neesențială reprezintă, potrivit doctrinei (Boroi, Anghelescu, 2011, p. 136), „falsa reprezentare a unor împrejurări mai puțin importante la încheierea actului juridic, în sensul că partea aflată în eroare ar fi încheiat actul juridic și dacă ar fi avut o corectă reprezentare a acelor împrejurări."

Situațiile potrivit cărora ne aflăm în prezența unei erori neesențiale sunt prevăzute în Noul Cod Civil la art. 1208 alin (1), art. 1209 și art. 1210. Acestea sunt completate cu exemple din jurisprudență și doctrină.

O altă clasificare dată erorii este în funcție de natura realității fals reprezentate. Astfel, eroarea poate fi de fapt și de drept. Noul Cod Civil stabilește în cazul erorii de drept regula potrivit căreia aceasta poate fi invocată în cazul în care există dispoziții legale care nu sunt accesibile și previzibile. Prin această reglementare legiuitorul a pus capăt divergențelor existente în literatura de specialitate și jurisprudență în privința admisibilității erorii de drept ca viciu de consimțământ.(vezi Boroi, Anghelescu, 2011, p.218)

Sancțiunea care intervine în cazul erorii esențiale este nulitatea relativă a contractului.

De cele mai multe ori eroarea neesențială nu viciază consimțământul părților, așadar, singura sancțiune care ar putea interveni în acest caz este aceea a diminuării sau majorării valorii prestației.

Totodată, Noul Cod Civil oferă părților posibilitatea adaptării contractului. Potrivit art. 1213 N. C. Civ. dacă o parte este îndreptățită să invoce anulabilitatea contractului pentru eroare, dar cealaltă parte declară că dorește să execute ori execută contractul așa cum acesta fusese înțeles de partea îndreptățită să invo-

ce anulabilitatea, contractul se consideră că a fost încheiat așa cum l-a înțeles această din urmă parte.

Prin urmare, după ce a fost informată asupra felului în care partea îndreptățită să invoce anulabilitatea a înțeles contractul și înainte ca aceasta să fi obținut anularea, cealaltă parte trebuie, în termen de cel mult 3 luni de la data când a fost notificată ori de la data când i s-a comunicat cererea de chemare în judecată, să declare că este de acord cu executarea sau să execute fără întârziere contractul, astfel cum a fost înțeles de partea aflată în eroare.

Dacă declarația a fost făcută și comunicată părții aflate în eroare în termenul prevăzut anterior sau contractul a fost executat, dreptul de a obține anularea este stins și notificarea este considerată lipsită de efecte.

Speță. Decizia nr. 207/2007 – Curtea de Apel Craiova (portal.just.ro accesat la data de 10.08.2010)

„Eroarea viciu de consimțământ reglementată de art. 953 și 954 Codul Civil ca falsă reprezentare ce cade, fie asupra calităților substanțiale ale obiectului actului (*error in substantiam*), fie asupra persoanei contractante (*error in personam*) atrage sancțiunea nulității relative a actului. În cazul erorii distructive de voință, ca falsă reprezentare ce cade fie asupra naturii actului ce se încheie (*error in negotio*), fie asupra identității obiectului (*error in corpore*) sancțiunea ce intervine este nulitatea absolută.

Eroarea invocată în speță nu este *error in corpore*, situație în care o parte crede că tratează cu privire la un bun, pe când cealaltă parte are în vedere alt bun, pentru că această eroare nu se referă la identitatea obiectului, atât vânzătorul, cât și cumpărătorul tratând cu privire la același bun, anume teren.

În speță nu ne aflăm în prezența nici unuia din cele două cazuri de eroare care atrag sancțiunea nulității absolute, încât reclamanta, în calitate de terț față de contractul de vânzare cumpărare, nu poate invoca sancțiunea nulității relative.

Vânzarea lucrului altuia atrage sancțiunea nulității absolute a contractului numai în condițiile relei credințe a ambelor părți. Faptul că pârâtul a văzut terenul înainte de încheierea actului și că acesta era îngrădit, nu poate fi reținut ca dovadă a relei credințe a cumpărătorului întrucât este evident că vederea terenului nu presupune și măsurarea.

Reclamanta S.C. S. C. S.R.L. a chemat în judecată pe pârâtul G. S. pentru a se constata nulitatea parțială absolută a contractului de vânzare – cumpărare încheiat la data de 30 ianuarie 2006, între S.C. A. S.A. RUSĂNEȘTI – societate în faliment, reprezentată prin lichidator B.V., în calitate de vânzător și pârât în calitate de cumpărător, pentru suprafața de 90,65 mp. teren.

A arătat că la data de 22 martie 2005, în cadrul dosarului de faliment al debitoarei SC A. SA RUSĂNEȘTI, a cumpărat suprafața de 2081,06 mp , situată în incinta sediului central al falitei, identificat în schița de amplasare ca fiind lotul

nr. 2, iar în această suprafață a fost inclusă și aleea de acces marcată în schița anexă prin punctele 4, 89, 90, 27, cu ieșire la DJ 643. A mai arătat că pârâtul a cumpărat la data de 30 ianuarie 2006 lotul nr.1 pentru care documentația a fost întocmită greșit, întrucât în acest lot a fost inclusă calea de acces, și că în aceeași zi, schița a fost refăcută, însă la predarea documentației a fost atașată schița greșită. A fost introdusă în cauză, în calitate de pârâtă, S.C. A. S.A. RUSĂNEȘTI, prin lichidator.

Pârâtul G.S. a invocat excepția lipsei calității procesuale active a reclamantei, motivată de faptul că eroarea pe care aceasta și-a întemeiat acțiunea constituie un motiv de nulitate relativă și nu poate fi invocată decât de părțile contractante.

Pe fondul cauzei, a solicitat respingerea acțiunii ca neîntemeiată întrucât contractul de vânzare – cumpărare a fost încheiat conform documentelor cadastrale, iar pentru imobilele cumpărate i s-a întocmit și cartea funciară nr. 201.

Lichidatorul a depus întâmpinare prin care a arătat că din eroare a fost trecut în contractul de vânzare – cumpărare al pârâtului suprafața de 1210,21 mp, în condițiile în care suprafața corectă este de 1119,65 mp.

Tribunalul Olt – Secția Comercială, prin sentința nr. 207, pronunțată la data de 15 mai, în dosarul nr. 6919/104/2006, a respins excepția lipsei calității procesuale active ca nefondată și a respins ca neîntemeiată acțiunea reclamantei.

Împotriva acestei sentințe a declarat apel reclamanta.

Apelul nu este fondat.

Cu privire la primul motiv de apel vizând greșita apreciere a sancțiunii atrase de *error in corpore* Curtea reține că este neîntemeiat.

Eroarea viciu de consimțământ reglementată de art. 953 și 954 Codul Civil ca falsă reprezentare ce cade, fie asupra calităților substanțiale ale obiectului actului (*error in substantiam*), fie asupra persoanei contractante (*error in persona*) atrage sancțiunea nulității relative a actului.

În cazul erorii distructive de voință, ca falsă reprezentare ce cade fie asupra naturii actului ce se încheie (*error in negotio*), fie asupra identității obiectului (*error in corpore*) sancțiunea ce intervine este nulitatea absolută.

Eroarea invocată de reclamantă nu este *error in corpore*, situație în care o parte crede că tratează cu privire la un bun, pe când cealaltă parte are în vedere alt bun, pentru că această eroare nu se referă la identitatea obiectului, atât vânzătorul S.C. A. S.A. prin lichidator, cât și cumpărătorul tratând cu privire la același bun, anume teren .

Ca urmare, aprecierile instanței de fond că în speță nu ne aflăm în prezența nici unuia din cele două cazuri de eroare care atrag sancțiunea nulității absolute și că reclamanta, în calitate de terț față de contractul de vânzare cumpărare, nu poate invoca sancțiunea nulității relative ce se cere decât de părți, sunt corecte.

În ceea ce privește cel de-al doilea motiv de recurs referitor la vânzarea lucrului altuia în condițiile în care ambele părți cunoșteau că terenul aparține altei persoane și acesta este neîntemeiat.

Aspectul invocat de reclamantă în sensul că pârâtul a văzut terenul înainte de încheierea actului și că acesta era îngrădit, nu poate fi reținut ca dovadă a relei credințe a cumpărătorului întrucât este evident că vederea terenului nu presupune și măsurarea, astfel încât acesta nu avea posibilitatea de a ști că suprafața văzută măsoară 1210, 21mp sau nu.

În plus, din expertiza efectuată la fond rezultă că fără suprafața pretinsă de reclamantă, suprafața terenului cumpărat de pârât ar fi mai mică decât cea indicată în actul de vânzare cumpărare, iar cu această suprafață cea a reclamantei ar fi mai mare decât cea menționată în act.

În consecință, în cauză nu suntem în situația vânzării lucrului altuia în condițiile relei credințe a ambelor părți, caz în care s-ar admite sancțiunea nulității absolute a contractului, concluzia primei instanțe fiind și cu privire la acest aspect corectă.

Pentru considerentele expuse apelul va fi respins".

V.3. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PATRIMONIALE ALE SOȚILOR. REGIMURILE MATRIMONIALE

Până la momentul intrării în vigoare a Noului Cod Civil singurul regim matrimonial era cel al comunității de bunuri reglementat de Codul Familiei.

Analiza regimurilor matrimoniale prezintă importanță, pentru persoanele vârstnice, mai ales din perspectiva dispunerii (prin contracte oneroase, donații sau legate) de bunurile dobândite de-a lungul vieții și a dreptului de moștenire a soțului supraviețuitor.

Prin urmare, și prezentarea noastră se va circumscrie acestor finalități.

Noul Cod Civil a păstrat acest regim pe care l-a redenumit regimul matrimonial al comunității legale de bunuri, dar a introdus și regimul separației de bunuri precum și pe cel al comunității convenționale[51].

În ceea ce privește persoanele vârstnice prezintă importanță faptul că, acestea își vor putea schimba regimul matrimonial.

Alegerea unui alt regim matrimonial decât cel al comunității legale se face prin încheierea unei convenții matrimoniale, prin înscris autentificat de notarul public, cu consimțământul tuturor părților, exprimat personal sau prin mandatar cu procură autentică, specială și având conținut predeterminat[52].

Convenția încheiată în timpul căsătoriei produce efecte de la data prevăzută de părți sau, în lipsă, de la data încheierii ei.

Pentru a fi opozabile terților, convențiile matrimoniale se înscriu în Registrul național notarial al regimurilor matrimoniale[53], organizat potrivit legii.

---

[51] Art. 312 N. C. Civ.

[52] Condițiile de formă sunt prevăzute sub sancțiunea nulității absolute de art. 320 N. C. Civ.

[53] Orice persoană, fără a fi ținută să justifice vreun interes, poate cerceta Registrul național notarial al regimurilor matrimoniale și poate solicita, în condițiile legii, eliberarea de extrase certificate.

Ținând seama de natura bunurilor, convențiile matrimoniale se vor nota în cartea funciară, se vor înscrie în registrul comerțului, precum și în alte registre de publicitate prevăzute de lege. În toate aceste cazuri, neîndeplinirea formalităților de publicitate speciale nu poate fi acoperită prin înscrierea făcută în Registrul național notarial al regimurilor matrimoniale.

V.3.1. Regimul matrimonial al comunității de bunuri în reglementarea Codului Familiei

Regimul matrimonial în dreptul românesc era acela al comunității de bunuri. Așadar, bunurile dobândite de soți în timpul căsătoriei erau, în mod obligatoriu, bunuri comune[54], conform art. 30 din Codul Familiei, excepțiile fiind limitativ prevăzute de lege.

Astfel, conform art. 31 din Codul Familiei, sunt bunuri proprii ale fiecăruia dintre soți:

- bunurile dobândite înainte de încheierea căsătoriei ;
- bunurile dobândite în timpul căsătoriei prin moștenire, legat sau donație, afară numai dacă dispunătorul a prevăzut că ele vor fi comune;
- bunurile de uz personal și cele destinate exercitării profesiei unuia dintre soți;
- bunurile dobândite cu titlu de premiu sau recompensă, manuscrisele științifice sau literare, schițele și proiectele artistice, proiectele de invenții și inovații, precum și alte asemenea bunuri;
- indemnitatea de asigurare sau despăgubire pentru pagube pricinuite persoanei;
- valoarea care reprezintă și înlocuiește un bun propriu sau bunul în care a trecut această valoare.

În legătură cu **bunurile comune**, la încetarea căsătoriei, proprietatea comună codevălmașă se va transforma în proprietate pe cote părți, iar prin intermediul partajului se vor individualiza bunurile care vor deveni proprietatea exclusivă a fiecărui soț.

Legea prezumă că în timpul căsătoriei soții au contribuit în mod egal la dobândirea bunurilor comune, motiv pentru care cota parte a fiecăruia este de ½ (50%). Această prezumție poate fi răsturnată dacă se dovedește că unul din soți a avut o contribuție mai mare la formarea comunității de bunuri. Contribuția soțului se apreciază în ansamblul său și nu pentru fiecare bun în parte. De asemenea, se are în vedere și munca depusă în gospodărie sau pentru educarea copiilor și nu doar veniturile dobândite de soți prin muncă, activități comerciale, investiții etc.

[54] „Bunurile dobândite în timpul căsătoriei, de oricare dintre soți, sunt, de la data dobândirii lor, bunuri comune ale soților. Orice convenție contrara este nulă. Calitatea de bun comun nu trebuie să fie dovedită".

În timpul codevălmășiei persoanele căsătorite folosesc bunurile comune fără a fi necesar un mandat din partea soțului, acesta se prezumă. Excepția în acest caz este dată de dreptul de dispoziție asupra imobilelor situație în care legea prevede că este necesar consimțământul expres a soțului.

V.3.2. Regimurile matrimoniale în reglementarea Noului Cod Civil

Persoanele vârstnice căsătorite pot alege ca regim matrimonial: comunitatea legală, separația de bunuri sau comunitatea convențională.

Comunitatea legală de bunuri (art. 339-359 N. C. Civ.) este continuatoarea regimului matrimonial reglementat de Codul Familiei (în prezent abrogat).

Persoanele care nu au încheiat după 1 octombrie 2011 o convenție matrimonială sunt supuse acestui regim. Întreaga reglementare din Codul Familiei a fost preluată în conținutul ei, modificările fiind în principal de formă.

În noua reglementare, actele de înstrăinare sau de grevare cu drepturi reale având ca obiect bunurile comune nu pot fi încheiate decât cu acordul ambilor soți. Cu toate acestea, oricare dintre soți poate dispune singur, cu titlu oneros, de bunurile mobile comune a căror înstrăinare nu este supusă, potrivit legii, anumitor formalități de publicitate. În măsura în care interesele unuia dintre soți legate de comunitatea de bunuri au fost prejudiciate printr-un act juridic, soțul care nu a participat la încheierea actului nu poate pretinde decât daune-interese de la celălalt soț, fără a fi afectate drepturile dobândite de terții de bună-credință.

Fiecare soț poate dispune prin legat de partea ce i s-ar cuveni, la încetarea căsătoriei, din comunitatea de bunuri.

Actul încheiat fără consimțământul expres al celuilalt soț, atunci când el este necesar potrivit legii, este anulabil.

Regimul separației de bunuri este reglementat de art. 360 – 365 N. C. Civ.

În cazul alegerii acestui regim, fiecare dintre soți este proprietar exclusiv în privința bunurilor dobândite înainte de încheierea căsătoriei, precum și a celor pe care le dobândește în nume propriu după această dată.

La adoptarea acestui regim, notarul public întocmește un inventar al bunurilor mobile proprii, indiferent de modul lor de dobândire. Inventarul se anexează la convenția matrimonială, supunându-se aceloraşi formalități de publicitate ca și convenția matrimonială.

Bunurile dobândite împreună de soți aparțin acestora în proprietate comună pe cote-părți.

Dacă unul dintre soți încheie singur un act prin care dobândește un bun, folosindu-se, în tot sau în parte, de bunuri aparținând celuilalt soț, acesta din urmă poate alege, în proporția bunurilor proprii folosite fără acordul său, între a reclama pentru sine proprietatea bunului achiziționat și a pretinde daune-interese de la soțul dobânditor. Proprietatea nu poate fi însă reclamată decât înainte ca soțul dobânditor să dispună de bunul dobândit, cu excepția cazului în care

terțul dobânditor a cunoscut că bunul a fost achiziționat de către soțul vânzător prin valorificarea bunurilor celuilalt soț.

La încetarea regimului separației de bunuri, fiecare dintre soți are un drept de retenție asupra bunurilor celuilalt până la acoperirea integrală a datoriilor pe care le au unul față de celălalt.

Regimul comunității convenționale se aplică atunci când, în condițiile și limitele prevăzute în prezenta secțiune, se derogă, prin convenție matrimonială, de la dispozițiile privind regimul comunității legale. În măsura în care prin convenție matrimonială nu se prevede altfel, regimul juridic al comunității convenționale se completează cu dispozițiile legale privind regimul comunității legale.

În cazul în care se adoptă comunitatea convențională, convenția matrimonială se poate referi la unul sau mai multe dintre următoarele aspecte:

- includerea în comunitate, în tot ori în parte, a bunurilor dobândite sau a datoriilor proprii născute înainte ori după încheierea căsătoriei, cu excepția bunurilor de uz personal și a celor destinate exercitării profesiei unuia dintre soți;
- restrângerea comunității la bunurile sau datoriile anume determinate în convenția matrimonială, indiferent dacă sunt dobândite ori, după caz, născute înainte sau în timpul căsătoriei, cu excepția obligațiilor asumate de oricare dintre soți pentru acoperirea cheltuielilor obișnuite ale căsătoriei;
- obligativitatea acordului ambilor soți pentru încheierea anumitor acte de administrare; în acest caz, dacă unul dintre soți se află în imposibilitate de a-și exprima voința sau se opune în mod abuziv, celălalt soț poate să încheie singur actul, însă numai cu încuviințarea prealabilă a instanței de tutelă;
- includerea clauzei de preciput; executarea clauzei de preciput se face în natură sau, dacă acest lucru nu este posibil, prin echivalent, din valoarea activului net al comunității;
- modalități privind lichidarea comunității convenționale.

Prin convenție matrimonială se poate stipula ca soțul supraviețuitor să preia fără plată, înainte de partajul moștenirii, unul sau mai multe dintre bunurile comune, deținute în devălmășie sau în coproprietate. Aceasta este clauza de preciput care poate fi stipulată în beneficiul fiecăruia dintre soți sau numai în favoarea unuia dintre ei.

În legătură cu aplicarea în timp a dispozițiilor referitoare la regimurile matrimoniale art. 27 din Legea nr. 71/2011 prevede: „Indiferent de data încheierii căsătoriei, în ceea ce privește relațiile lor personale și patrimoniale, soții sunt supuși dispozițiilor Codului Civil, de la data intrării sale în vigoare."

V.4. MOȘTENIREA SOȚULUI SUPRAVIEȚUITOR

Una dintre problemele cu care persoanele în vârstă se confruntă este aceea a drepturilor succesorale de care beneficiază în urma soțului decedat.

Dificultatea clarificării situației juridice rezultate din decesul unuia dintre soți, atunci când soțul supraviețuitor nu este singurul moștenitor, mai ales în cazul căsătoriilor de lungă durată, constă în faptul că pentru determinarea masei succesorale[55] este necesară și efectuarea partajului bunurilor dobândite în timpul căsătoriei. Numai în acest fel, determinându-se patrimoniul celui decedat (denumit în literatura de specialitate *de cuius*), se poate stabili care este masa succesorală și, implicit, întinderea drepturilor soțului supraviețuitor.

Așadar, întrucât procedura succesorală, atunci când există acordul tuturor persoanelor, se desfășoară în fața notarului public, care întocmește actele în baza declarațiilor părților, fără a efectua investigații complexe, este necesar pentru soțul supraviețuitor să cunoască care sunt bunurile proprii ale sale și ale soțului supraviețuitor, astfel încât determinarea masei succesorale să se facă corect. O dată ce masa succesorală a fost stabilită soțul supraviețuitor trebuie să mai cunoască și care îi sunt drepturile succesorale, astfel încât prin convenția de partaj să nu consimtă clauze care să-l păgubească.

Potrivit art. 91 Legea nr 71/2011 moștenirile deschise înainte de intrarea în vigoare a Codului civil sunt supuse legii în vigoare la data deschiderii moștenirii.

V.4.1. Determinarea masei succesorale

Patrimoniul celui decedat (*de cuius*) la data intervenirii morții constituie masa succesorală supusă împărțirii între moștenitorii acestuia.

De la această regulă există câteva excepții, valabile atât în reglementarea anterioară Noului Cod Civil (Deak (b), 1999, pp. 559 – 560) cât și în prezent:

- Bunurile aduse la masa succesorală ca urmare a reducțiunii liberalităților excesive[56] și/sau ca efect al raportului donațiilor[57];
- Imobilele asupra cărora se reconstituie dreptul de proprietate;
- Fructele naturale, civile, industriale produse de bunurile succesorale;

---

[55] „Masă succesorală, sintagmă ce desemnează patrimoniul transmis pentru cauză de moarte. Masa succesorală este formată deci din ansamblul bunurilor și valorilor (pozitive și negative) care, în totalitatea lor, alcătuiesc averea succesorală rămasă după defunct și care constituie obiectul împărțelii moștenirii. " (Costin *et al.*, 2007, p. 615)

[56] „Liberalități excesive, sintagmă ce desemnează în mod generic donațiile și legatele făcute de către defunct, în timpul vieții acestuia, peste limitele cotității disponibile, deci cu încălcarea drepturilor succesorale legale ale moștenitorilor rezervatari" (Costin *et al.*, 2007, p. 588).

[57] Raportul donațiilor – obligație ce revine descendenților și soțului supraviețuitor (care vin la moștenire împreună și efectiv) de a readuce (fictiv, doar pentru calcul) la masa succesorală, cu anumite excepții, bunurile pe care le-au primit ca donații de la cel ce lasă moștenirea.

- Indemnizația de asigurare de viață, în cazul în care nu este desemnat un beneficiar al acesteia.

Acestea deși nu există în patrimoniul lui *de cuius* la data intervenirii morții, vor face obiectul partajului succesoral. Determinarea patrimoniului lui *de cuius* presupune stabilirea bunurilor proprii ale fiecăruia dintre soți și a cotei fiecăruia din bunurile comune.

În funcție de regimul matrimonial ales se vor determina bunurile proprii ale lui *de cuius* și ale soțului supraviețuitor, pentru că numai astfel va putea fi corect determinată masa succesorală.

V.4.2. Drepturile succesorale ale soțului supraviețuitor

În lipsa unui testament legal întocmit *de cuius*, Legea nr. 319/1944 recunoaște soțului supraviețuitor următoarele categorii de drepturi:

- un drept de moștenire în concurs cu oricare dintre rudele din clasele de moștenitori legali sau în lipsa altor succesori;
- un drept de moștenire special asupra mobilelor și obiectelor aparținând gospodăriei casnice, precum și asupra darurilor de nuntă;
- un drept temporar de abitație asupra casei de locuit.

Cu excepția drepturilor asupra darurilor de nuntă, Noul Cod Civil păstrează aceste drepturi.

1.Dreptul de moștenire al soțului supraviețuitor în concurs cu oricare dintre clasele de moștenitori legali sau în lipsa rudelor din cele patru clase

Mai întâi, trebuie menționat că, atât în reglementarea Codului Civil din 1864 cât și a Noului Cod Civil, determinarea persoanelor care îl vor moșteni pe *de cuius* se face ținând seama, în principiu, de două elemente: ordinul sau clasa din care fac parte succesibilii și gradul lor de rudenie față de defunct (Eliescu, 1997, p. 63).

Folosind aceste criterii prin aplicarea principiilor priorității clasei de moștenitori și a priorității gradului de rudenie pot fi determinate persoanele care vor moșteni în concret.

Rudele lui *de cuius* sunt împărțite în patru clase de moștenitori care sunt chemate la moștenire una după cealaltă. Existența succesibililor dintr-o clasă de moștenitori înlătură de la moștenire pe rudele din clasele următoare. Acesta este principiul priorității clasei de moștenitori.

În măsura în care o clasă este alcătuită din mai mulți succesibili, preferința va fi dată, înlăuntrul aceleiași clase de moștenitori, proximității gradului de rudenie. Apropierea rudeniei se stabilește prin numărul generațiilor, fiecare generație fiind socotită un grad, conform art. 680 C. civ./art. 963 – 964 N. C. Civ. (*Ibidem*, p. 64). În linie dreaptă (părinți, bunici, copii, nepoți), ascendentă și descendentă se numără atâtea grade câte generații sunt între două rude. În linie colaterală, gradul de rudenie se determină prin socotirea numărului de generații

până la ascendentul comun (părinte, bunic, străbunic etc.), iar de la acesta, până la defunct.

Clasele de moștenitori sunt următoarele:

Clasa I: descendenții. Sunt cuprinși în această clasă copii, nepoții de la copii, strănepoții de la copii (copiii defunctului și urmașii lor în linie dreaptă la nesfârșit).

Clasa a II-a: ascendenții și colateralii privilegiați. Din această clasă fac parte părinții, frații și surorile și descendenții acestora până la gradul IV inclusiv (cu defunctul). Această clasă este una mixtă, reprezentând și o excepție de la principiul proximității gradului de rudenie, în sensul că, deși ascendenții privilegiați (părinții) sunt mai apropiați în grad de defunct decât colateralii privilegiați, toate rudele ce fac parte din această clasă vor veni împreună la moștenire.

Clasa a III-a: ascendenții ordinari. În această clasă sunt incluși toți ascendenții (bunici, străbunici) mai puțin cei din clasa a II-a.

Clasa a IV-a: colateralii ordinari este alcătuită din rudele pe linie colaterală (unchi, mătuși, veri primari, frații sau surorile bunicilor) mai puțin cele din clasa a II-a. Rudele din această clasă sunt chemate la moștenire până la gradul IV inclusiv.

O parte din acești moștenitori nu pot fi îndepărtați de la moștenire nici prin actul de voință al defunctului exprimat prin legate, exheredări (dezmoșteniri – în limbajul Noului Cod Civil) sau donații, fiind beneficiarii unei rezerve succesorale instituite de lege. Despre rezerva succesorală vom face vorbire în secțiunea rezervată testamentului.

Soțul supraviețuitor nu face parte din nici o clasă de moștenitori. El nu înlătură și nici nu este înlăturat de existența unor succesibili din cele patru clase de moștenitori. Cota sa din moștenire variază însă, în funcție de clasa de moștenitori cu care vine în concurs.

Soțul supraviețuitor moștenește din averea celuilalt soț după cum urmează (art. 971 – 972 N. C. Civ. păstrează reglementarea anterioară din art. 1 din Legea nr. 319/1944):

- când vine la succesiune cu copiii legitimi și recunoscuți sau numai cu unii din ei, ori cu descendenții lor, moștenește o pătrime;
- când vine la succesiune în concurs cu tatăl și mama defunctului, ori numai cu unul din ei, în ambele cazuri împreună cu frații și surorile soțului încetat din viața și descendenții lor, sau numai cu unul din ei, moștenește o treime;
- când vine la succesiune cu tatăl și mama defunctului, ori numai cu unul dintre ei, sau numai cu frații și surorile acestuia și descendenți de-ai lor, ori numai cu unii dintre ei moștenește o jumătate;
- când vine la succesiune cu ceilalți ascendenți sau colaterali până la gradul al IV-lea inclusiv, moștenește trei pătrimi;
- în lipsa rudelor mai sus arătate, soțul supraviețuitor moștenește averea întreagă.

Soțul supraviețuitor este un moștenitor rezervatar pentru jumătate din cota sa de moștenire legală, ceea ce înseamnă că defunctul, prin acte pentru cauză de moarte (legate, dezmoșteniri) sau prin liberalități (de exemplu donații) efectuate în timpul vieții, nu poate diminua emolumentul[58] dreptului său de moștenire cu mai mult de jumătate din cota ce îi revine.

Prin urmare soțul supraviețuitor nu poate fi înlăturat de la moștenire. El poate deveni străin de succesiune numai prin actul său de voință.

2. Dreptul de moștenire special al soțului supraviețuitor asupra mobilelor și obiectelor aparținând gospodăriei casnice și darurilor de nuntă

Acest drept este recunoscut soțului supraviețuitor atunci când vine la moștenire în concurs cu moștenitorii din clasele II – IV. În acest sens, art. 5 din Legea nr. 319/1944 prevede că soțul supraviețuitor „va moșteni în afară de cota sa succesorală, mobilele și obiectele aparținând gospodăriei casnice, precum și darurile de nuntă."

Mobilierul și obiectele aparținând gospodăriei casnice

Acest drept suplimentar asupra mobilierului și obiectelor aparținând gospodăriei casnice a fost prevăzut de legiuitor pentru ca soțului supraviețuitor să nu i se modifice condițiile de viață și deci ca să nu fie privat de bunurile pe care le folosea împreună cu soțul decedat.

Desigur, soțul supraviețuitor nu va moșteni, peste cota sa succesorală, toate bunurile aparținând gospodăriei casnice ci numai partea soțului decedat din astfel de bunuri comune și bunurile proprii ale defunctului din această categorie.

Pentru ca soțul supraviețuitor să moștenească de unul singur această categorie de bunuri este necesară îndeplinirea cumulativă a două condiții speciale:

- Soțul supraviețuitor să nu vină la moștenire împreună cu descendenții defunctului;
- Soțul decedat să nu fi dispus de partea sa din aceste bunuri prin liberalități între vii (donații) sau pentru cauză de moarte (legate).

Din cea de a doua condiție rezultă că soțul supraviețuitor nu este rezervatar în privința acestor bunuri (Deak (b), 1999, p.138).

Noul Cod Civil nu prevede expres cea de a doua condiție, însă, atunci când reglementează rezerva succesorală, prin art. 1088 N. C. Civ. se stipulează:

„Rezerva succesorală a fiecărui moștenitor rezervatar este de jumătate din cota succesorală care, în absența liberalităților sau dezmoștenirilor, i s-ar fi cuvenit ca moștenitor legal."

Prin urmare nici în noua reglementare soțul supraviețuitor nu este rezervatar în privința mobilierului și bunurilor aparținând gospodăriei casnice.

---

[58] Segment al activului succesoral care îi revine efectiv unui moștenitor, legatar universal sau cu titlu universal, dintr-o avere succesorală ca urmare a împărțirii acesteia între toți comoștenitorii ce au îndreptățirea să participe la partajarea ei.

În literatura de specialitate s-a arătat că: „chestiunea de a ști dacă mobilele aparțin sau nu gospodăriei casnice se va rezolva, în concreto, ținându-se seama de destinația pe care soții au dat-o în fapt acestor lucruri, chiar dacă folosirea lor la gospodăria casnică nu este conformă cu obiceiurile îndeobște urmate. Vor face parte din gospodăria casnică, ținându-se seama de această destinație subiectivă, toate lucrurile care servesc la instalarea modernă a unei locuințe și unei gospodării, precum și acelea care slujesc numai la comoditatea sau la plăcerea comună a soților; spre pildă, mobilierul care garnisește locuința, obiectele de podoabă, cum ar fi tablourile, statuile, bibliotecile de agrement, eventual echipajele de cai, automobilele, sub condiția, în toate cazurile, să fi fost destinate folosirii comune a soților.

Nu vor fi socotite că fac parte din gospodăria casnică operele de artă de o deosebită valoare, sau obiectele rare, căci legiuitorul a înțeles ca soțul supraviețuitor să păstreze gospodăria numai în presupunerea că obiectele ce o alcătuiesc sunt de o valoare uzuală.

De asemenea, nu vor aparține gospodăriei obiectele care servesc unei industrii, profesiuni ori unei îndeletniciri artistice, științifice sau sportive, căci acestea nu erau destinate unei folosiri comune.

Este însă indiferent dacă mobilele și obiectele casnice au fost aduse de unul dintre soți, la căsătorie, sau au fost dobândite în timpul acesteia. Dacă la moartea defunctului soții trăiau despărțiți, dreptul va purta numai asupra lucrurilor care aparțineau gospodăriei casnice, la încetarea vieții comune." (Eliescu, 1997, pp. 110 - 111).

De asemenea, tot în doctrină s-a precizat și faptul că bunurile aparținând gospodăriei țărănești (animale de muncă și de producție, uneltele specifice gospodăriei țărănești) nu intră în categoria mobilelor și obiectelor casnice (Deak (b), 1999, p. 141).

Darurile de nuntă

Aceluiași regim juridic cu cel al mobilelor și obiectelor gospodăriei casnice erau, până la 1 octombrie 2011 supuse și darurile de nuntă.

Prin daruri de nuntă se înțeleg, în principiu, darurile manuale făcute soților la celebrarea căsătoriei, indiferent că aceste daruri au fost făcute în comun ambilor soți sau numai soțului decedat, inclusiv darul făcut de unul dintre ei celuilalt și indiferent dacă au fost sau nu afectate folosinței comune.

In reglementarea Noului Cod Civil, soțul supraviețuitor nu mai beneficiază de un astfel de drept suplimentar față de cota sa succesorală.

3. Dreptul de abitație al soțului supraviețuitor

Dreptul de abitație a soțului supraviețuitor era consacrat de art. 4 din Legea nr. 319/1994. Reglementarea se regăsește și în art. 973 N. C. Civ.[59] Potrivit

[59] Art. 973 N. C. Civ. Dreptul de abitație al soțului supraviețuitor:

acestor texte de lege soţul supravieţuitor are, în afară de celelalte drepturi succesorale şi indiferent de moştenitorii cu care vine în concurs, un drept de abitaţie asupra casei în care a locuit, dacă aceasta face parte din moştenire şi dacă el nu are o altă locuinţă proprie.

Dreptul de abitaţie constă în dreptul unei persoane, în cazul de faţă a soţului supravieţuitor, de a utiliza o locuinţă pentru nevoile sale personale şi ale familiei sale.

Drept de abitaţie asupra locuinţei care a aparţinut soţului decedat, presupune îndeplinirea următoarelor condiţii:

- casa de locuit să facă parte din moştenire (total sau parţial), adică să fi fost bun propriu (total) al soţului decedat sau bun comun (parţial);
- la data deschiderii moştenirii (a decesului soţului) soţul supravieţuitor locuia în mod statornic în casa ce face obiectul dreptului de abitaţie;
- soţul supravieţuitor să nu aibă o locuinţă proprie;
- defunctul nu a dispus astfel. Întrucât soţul supravieţuitor nu este rezervatar decât pentru cota parte ce i se cuvine din moştenire, rezultă că acest drept poate fi înlăturat prin actul de voinţa a lui *de cuius*.

Dreptul este temporar. El poate fi menţinut până la ieşirea din indiviziune şi, în orice caz, cel puţin un an de zile de la decesul soţului.

Dreptul de abitaţie încetează dacă soţul supravieţuitor se recăsătoreşte înainte de ieşirea din indiviziune[60](Albert *et al.*, 2003, p. 347).

---

(1) Soţul supravieţuitor care nu este titular al niciunui drept real de a folosi o altă locuinţă corespunzătoare nevoilor sale beneficiază de un drept de abitaţie asupra casei în care a locuit până la data deschiderii moştenirii, dacă această casă face parte din bunurile moştenirii.

(2) Dreptul de abitaţie este gratuit, inalienabil şi insesizabil.

(3) Oricare dintre moştenitori poate cere fie restrângerea dreptului de abitaţie, dacă locuinţa nu este necesară în întregime soţului supravieţuitor, fie schimbarea obiectului abitaţiei, dacă pune la dispoziţia soţului supravieţuitor o altă locuinţă corespunzătoare.

(4) Dreptul de abitaţie se stinge la partaj, dar nu mai devreme de un an de la data deschiderii moştenirii. Acest drept încetează, chiar înainte de împlinirea termenului de un an, în caz de recăsătorirea soţului supravieţuitor.

(5) Toate litigiile cu privire la dreptul de abitaţie reglementat prin prezentul articol se soluţionează de către instanţa competentă să judece partajul moştenirii, care va hotărî de urgenţă, în cameră de consiliu.

[60] Extras din decizia nr. 40/2002 a Curţii de Apel Oradea: potrivit regulilor în materie succesorală, data deschiderii succesiunii este 17 februarie 1951, dată de la care se analizează vocaţia succesorala a succesibililor şi modul în care ei îşi întăresc calitatea prin acceptarea succesiunii. Neridicându-se nici un moment problema că recurenta nu ar fi acceptat succesiunea soţului ei, şi urmând calitatea de soţie supravieţuitoare la data respectivă, care de asemenea nu este contestată de nimeni, este evident ca ea este moştenitoare rezervatară a defunctului MC., iar această calitate odată dobândită, nu mai poate fi pierdută.

Ideea potrivit căreia recurenta ar fi pierdut calitatea de moştenitor a primului soţ, căsătorindu-se la 3 iulie 1952 cu numitul K.T.S. este falsă neexistând nici o altă persoană care sa deţină calitatea de soţie supravieţuitoare a defunctului MC decât recurenta. Trimiterile la stingerea dreptului de habitaţie special în caz de recăsătorire a soţului sunt lipsite de orice relevanţă, deoarece situaţiile nu pot fi analizate prin analogie, instituţiile fiind complet diferite. Dreptul de habitaţie recunoscut soţului supravieţuitor reprezintă o măsură de protecţie ce încetează în momentul în care subiectul de drept

Ceilalți moștenitori pot cere, restrângerea dreptului de abitație dacă locuința nu este necesară în întregime soțului supraviețuitor sau pot procura soțului supraviețuitor o locuință corespunzătoare nevoilor sale. Dacă părțile nu se înțeleg, instanța de judecată va soluționa litigiu, cu urgență, în camera de consiliu.

Speță. Succesiuni. Soț supraviețuitor. Drept de abitație. Condiții de recunoaștere. Neîntrunire

Curtea de Apel București, secția a IV-a civilă, decizia nr. 181 din 24 ianuarie 2001.

Prin acțiunea înregistrată la data de 27.10.1998 la Judecătoria sector 1 București, reclamanții S.S., S.F. și S.V. au solicitat evacuarea pârâtului M.P.E.H. din imobilul situat în București, Bd. G.N. bl. 2, et. 7, ap. 65 sector 1.

În motivarea cererii s-a arătat că pârâtul este soțul supraviețuitor al numitei F.M., fiica acestora decedată în prezent. După decesul acesteia, pârâtul s-a recăsătorit, locuind împreună cu actuala sa soție în imobilul dobândit de fiica lor înainte de căsătorie.

Au fost invocate dispozițiile art. 4 din Legea nr. 319/1944.

După un ciclu procesual complet, Judecătoria sector 1 a pronunțat sentința civilă nr. 9618/ 23.05.2000 prin care a fost respinsă ca neîntemeiată acțiunea.

A susținut instanța de fond că părțile sunt coproprietare asupra apartamentului și până la începerea și definitivarea dezbaterii succesorale, chiar dacă și-a pierdut dreptul de abitație, prin căsătorie, soțul supraviețuitor are dreptul la folosirea apartamentului.

Împotriva acestei sentințe au declarat apel reclamanții care au considerat-o netemeinică și nelegală deoarece nu au fost avute în vedere probele aflate la dosar și eronat interpretate dispozițiile legale invocate - respectiv Legea nr. 319/1944.

Tribunalul București - Secția a III-a Civilă a pronunțat decizia civilă nr. 2926/A/28.09.2000 prin care a admis apelul; a schimbat în tot sentința în sensul că a admis acțiunea astfel cum a fost formulată. În susținerea acestei soluții au fost invocate dispozițiile alin. ultim al art. 4 din Legea nr. 319/1944.

Împotriva acestei decizii au declarat apel pârâții, în temeiul dispozițiilor art. 304 pct. 9 Codul de Procedură Civilă.

S-a invocat ca prim motiv de recurs faptul că nici una din părți nu putea figura în acest proces neavând calitate procesuală, deoarece nu a fost dezbătută succesiunea defunctei M.F. și implicit nu a fost emis un certificat de moștenitor, fiecare parte având numai o vocație succesorală.

Au fost de asemenea încălcate dispoziții de drept substanțial de către instanța de apel, fiind ignorată regula unanimității în raporturile dintre coindivizari în sensul că un coindivizar nu poate solicita evacuarea altui coindivizar, confundându-se dreptul de abitație cu dreptul de proprietate în cotă parte.

---

iese din starea de nevoie care a generat aceasta protecție, fără ca acesta să-și piardă calitatea de moștenitor.

Analizând motivele de recurs invocate, considerentele deciziei recurate, precum și actele aflate la dosar, Curtea a constatat că recursul este nefondat și a dispus respingerea lui.

Atât reclamanții, cât și pârâții au calitate procesuală activă și pasivă în această cauză, deoarece au vocație succesorală, situație necontestată de altfel de nici una dintre aceștia și care nu implică existența certificatului de moștenitor. Tocmai această vocație succesorală a permis promovarea acțiunii în evacuare de către persoane și privitor la persoane care sunt succesori ai defunctei M.F.

Nici cel de-al doilea aspect invocat de recurenți nu poate fi reținut de instanță.

Conform art. 4 alin. 1 din Legea nr. 319/1944, soțul supraviețuitor, care nu are o altă locuință proprie, va avea, până la executarea ieșirii din indiviziune și în orice caz, cel puțin un an de la încetarea din viață a soțului său, în afară de dreptul de moștenire și un drept de abitație asupra casei în care a locuit, dacă aceasta face parte din succesiune.

În aliniatul ultim al aceluiași articol se arată că dreptul de abitație încetează dacă soțul supraviețuitor se recăsătorește înainte de executarea ieșirii din indiviziune.

Din interpretarea acestor texte rezultă clar că, dacă soțul supraviețuitor se recăsătorește în intervalul de un an de zile de la data decesului soțului său, dreptul său de abitație încetează înainte de executarea ieșirii din indiviziune.

Aceste dispoziții au caracter imperativ și nu condiționează existența dezbaterii succesorale și eliberarea certificatului de moștenitor.

De asemenea, în temeiul acestor prevederi legale, dreptul de habitație este un drept temporar, față de împrejurarea că soțul supraviețuitor s-a căsătorit în intervalul de un an de la data decesului soțului său și care se pierde în aceste condiții. Acest drept nu se confundă însă cu dreptul la moștenire, Codul Civil prevăzând expres cazurile în care o persoană poate fi înlăturată de la moștenire.

Instanța de apel a făcut o corectă interpretare a dispozițiilor legale mai sus - menționate, reținând că pârâții au pierdut dreptul de habitație, locuind în imobil în mod abuziv și nu au dreptul la moștenire.

Această idee este susținută și de prevederile art. 653 din Codul Civil în care se arată că numai ascendenții și descendenții au de drept posesiunea succesiunii din momentul morții defunctului, ceilalți moștenitori intrând în posesiunea succesiunii numai cu acordul justiției. Pârâții nu se găsesc în nici una din cele două categorii de persoane enumerate mai sus.

Constatând că instanța de apel a pronunțat o hotărâre temeinică și legală, Curtea a respins recursul ca nefondat (http://www.juris.ro/reviste-numere/Pandectele-Romane, accesat la data de 10.08.2010).

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

V.4.3. Determinarea moștenitorilor împreună cu care soțul supraviețuitor vine la moștenire

Pentru a avea vocație succesorală concretă, adică pentru a fi chemat la moștenire, succesibilul trebuie să îndeplinească trei condiții:

- să aibă capacitate succesorală;
- să nu fie nedemn;
- să nu fie înlăturat de la moștenire de o clasă sau o rudă preferabilă în rang, ori prin actul de voință al lui de cuius (în cazul moștenitorilor nerezervatari).

Capacitatea succesorală

Conform art. 654 Cod Civil „pentru a succede trebuie neapărat ca persoana care succede să existe la momentul deschiderii moștenirii".

Art. 957 N. C. Civ. prevede:

O persoană poate moșteni dacă există la momentul deschiderii moștenirii. Dispozițiile art. 36, 53 și 208 sunt aplicabile.

Dacă, în cazul morții mai multor persoane, nu se poate stabili că una a supraviețuit alteia, acestea nu au capacitatea de a se moșteni una pe alta.

Momentul deschiderii moștenirii este acela al producerii decesului lui *de cuius*. Sunt persoane care „există" în sensul Codului Civil și al Noului Cod Civil:

- persoanele în viață la data deschiderii moștenirii;
- persoanele concepute dar nenăscute la data deschiderii moștenirii, sub condiția ca acestea să se nască vii (art. 7 alin. 2 din Decretul nr. 31/1954 – vechea reglementare/art. 36 N. C. Civ. – în prezent);[61]
- persoanele dispărute, în măsura în care decesul ce se va stabili prin hotărâre judecătorească nu va avea data anterioară deschiderii succesiunii. (art. 53 N. C. Civ.)

Nedemnitatea succesorală

Nedemnitatea succesorală este decăderea de drept a moștenitorului legal din dreptul de a culege o moștenire determinată, inclusiv rezerva la care ar fi avut dreptul din această moștenire, deoarece s-a făcut vinovat de o faptă gravă față de cel care lasă moștenirea sau față de memoria acestuia (Deak (b), 1999, p. 65).

Dintre cele trei cazuri de nedemnitate succesorală reglementate de art. 655 , Cod Civil unul singur mai era aplicabil la data abrogării acestuia și anume: atentatul la viața celui care a lăsat moștenirea. Pentru că acest caz de nedemnitate să fi fost incident era necesar ca omorul sau tentativa de omor să fi fost săvârșită cu intenție (nu din culpă) și, de regulă, să fi existat o hotărâre de condamnare (penală) (*Ibidem*, p. 69).

[61] Pentru a se stabili dacă o persoană era concepută la o anumită dată se aplică prezumția (reglementată de art. 61 din Codul Familiei – vechea reglementare/ 412 N. C. Civ. – în prezent) conform căreia perioada concepției este cuprinsă între a trei suta și a o sutăoptzecea zi dinaintea nașterii copilului.

Pentru faptele săvârșite după 1 octombrie 2011 este nedemnă de a moșteni:

- persoana condamnată penal pentru săvârșirea unei infracțiuni cu intenția de a-l ucide pe cel care lasă moștenirea;
- persoana condamnată penal pentru săvârșirea, înainte de deschiderea moștenirii, a unei infracțiuni cu intenția de a-l ucide pe un alt succesibil care, dacă moștenirea ar fi fost deschisă la data săvârșirii faptei, ar fi înlăturat sau ar fi restrâns vocația la moștenire a făptuitorului.

De asemenea, conform art. 959 N. C. Civ. (aplicabil de asemenea numai faptelor săvârșite după intrarea în vigoare a Noului Cod Civil) poate fi declarată nedemnă de a moșteni:

- persoana condamnată penal pentru săvârșirea, cu intenție, împotriva celui care lasă moștenirea a unor fapte grave de violență, fizică sau morală, ori, după caz, a unor fapte care au avut ca urmare moartea victimei;
- persoana care, cu rea-credință, a ascuns, a alterat, a distrus sau a falsificat testamentul defunctului;
- persoana care, prin dol sau violență, l-a împiedicat pe cel care lasă moștenirea să întocmească, să modifice sau să revoce testamentul.

Clasa de moștenitori sau ruda preferabilă în rang /grad

Componența claselor de moștenitori și modalitatea de determinare a gradului de rudenie erau prezentate în subsecțiunea referitoare la cota de moștenire a soțului supraviețuitor. În noua reglementare, principiile generale ale devoluțiunii legale a moștenirii rămân aceleași însă legiuitorul le-a prevăzut la art. 964 N. C. Civ.

Moștenirea legală este atribuită succesorilor prin aplicarea următoarelor trei principii:

- principiul chemării la moștenire a rudelor în ordinea claselor de moștenitori legali;
- principul proximității gradului de rudenie între moștenitorii din aceeași clasă[62];
- principiul egalității între rudele din aceeași clasă și de același grad.

Decesul unei persoane înaintea lui *de cuius* nu presupune în mod necesar că locul acesteia va fi luat de rude din clasa următoare sau că rude în grad mai îndepărtat ce erau excluse de la moștenire datorită existenței acesteia îi vor lua locul.

În cazurile acestora pot fi incidente dispozițiile legale referitoare la retransmiterea moștenirii sau la reprezentarea succesorală.

În caz de **retransmitere** a moștenirii, moștenitorul legal (sau testamentar) supraviețuind un timp cât de scurt defunctului – dobândește el succesiunea acestuia din urmă și – confundată cu a sa proprie – o lasă propriilor săi moștenitori.

[62] Înlăuntrul aceleiași clase rudele mai apropiate în grad înlătură de la moștenire rudele mai îndepărtate în grad.

Așadar, decesul unicului reprezentant al unei clase de moștenitori, intervenit chiar la un interval de timp foarte scurt, nu înlătură respectiva clasă, drepturile soțului supraviețuitor stabilindu-se în consecință. Nici chiar dacă acesta nu lasă la rândul său moștenitori care îl succed, soțul supraviețuitor nu va veni în concurs cu clasa subsecventă, ci moștenirea succesibilului decedat (în măsura în care și-a exprimat dreptul de opțiune succesorală în sensul acceptării) va fi considerată vacantă.

Numai dacă în termenul de opțiune succesorală[63] nu a intervenit acceptarea moștenirii de succesibilul decedat sau de moștenitorii lui ori aceștia au renunțat expres la ea, soțul supraviețuitor va veni în concurs cu clasa (ordinul) de moștenitori subsecvent.

Reprezentarea succesorală este un beneficiu al legii în virtutea căruia un moștenitor legal (nu intervine în cazul moștenirii testamentare) de un grad mai îndepărtat – numit reprezentant – urcă în gradul, locul și drepturile ascendentului său – numit reprezentat – care este decedat la data deschiderii succesiunii, pentru a culege partea care i s-ar fi cuvenit acestuia din moștenire, dacă s-ar mai fi aflat în viață.[64]

În reglementarea Codului Civil din 1864 nedemnul nu putea fi reprezentat. Noul Cod Civil prin definiția dată reprezentării sucesorale înlătură condiția ca reprezentatul să nu fi fost nedemn a culege moștenirea, și, mai mult, menționează că reprezentarea succesorală intervine și în cazul în care reprezentantul este nedemn să-l moștenească pe reprezentat, a renunțat la moștenirea lăsată de acesta sau a fost dezmoștenit de el.

Noua reglementare stabilește expres faptul că pentru a veni prin reprezentare succesorală la moștenirea defunctului, reprezentantul trebuie să îndeplinească toate condițiile generale pentru a-l moșteni pe acesta.

Reprezentarea succesorală are un domeniu restrâns de aplicare fiind admisă numai în privința descendenților copiilor defunctului și în privința descendenților din frați și surori.

Beneficiarii retransmiterii moștenirii și a reprezentării succesorale nu dobândesc drepturi suplimentare față de persoanele care în mod obișnuit ar fi trebuit să în moștenească pe defunct, însă aceste instituții de drept trebuie avute în vedere de soțul supraviețuitor pentru a determina în concret persoanele cu care vine la moștenire.

---

[63] Termenul general de opțiune succesorală este de 6 luni (un an potrivit art. 1103 alin. (1) N. C. Civ.) de la data decesului.

[64] A se vedea art. 664 – 668 Codul Civil.

V.5. ÎNSTRĂINAREA DREPTURILOR DIN PROPRIUL PATRIMONIU

Persoanele vârstnice din diverse motive își înstrăinează bunurile fie pentru a-și asigura mijloace decente de viață fie pentru a-și exprima atașamentul sau recunoștința față de persoane care le sunt alături în momente mai dificile sau care îi ajută să își alunge singurătatea.

Principalele modalități de înstrăinare folosite de persoanele vârstnice sunt contractul de vânzare – cumpărare cu sau fără clauză de întreținere, contractul de rentă viageră, de donație și legatul (numit în mod uzual, dar greșit din punct de vedere juridic „testament").

Bunurile sunt înstrăinate fie în mod actual, fie este stipulat un termen mai îndelungat pentru predarea bunului sau se înstrăinează în mod actual numai nuda proprietate, reținându-se pentru sine dreptul de uzufruct, după caz, de uz sau abitație.

V.5.1. Dreptul înstrăinat

Deseori persoanele în vârstă înstrăinează un bun, de regulă imobil, însă doresc ca până la sfârșitul vieții să îl poată folosi netulburate.

De cele mai multe ori, când se dorește o astfel de înstrăinare, prima întrebare este aceea a conținutului obligației pe care dobânditorul trebuie să și-o asume față de cel ce dorește să transmită proprietate bunului.

O astfel de abordare, fără a fi interzisă de lege, credem că este greșită pentru că ea nu ar reflecta cu adevărat voința părților. De fapt se dorește transmiterea unui bun la moartea proprietarului actual cu plata imediată a prețului bunului, dar și garantarea că până la acea dată bunul nu va fi înstrăinat altcuiva.

Dreptul de proprietate este dreptul real cel mai deplin deoarece conferă titularului său trei atribute: posesia, folosința, dispoziția.

Prin desprinderea sau limitarea unor atribute din conținutul juridic al dreptului de proprietate iau naștere alte drepturi reale numite dezmembrăminte ale dreptului de proprietate.

Dintre aceste dezmembrăminte ale dreptului de proprietate fac parte și dreptul de uzufruct, dreptul de uz și cel de abitație.

Dreptul de uzufruct este acel drept real principal derivat, esențialmente temporar, ale bunurilor ce aparțin în proprietatea unei alte persoane, care conferă titularului său, numit uzufructuar, atributele de posesie și folosință, cu obligația de a le conserva substanța și de a le restitui proprietarului la încetarea uzufructului.

Dintre caracterele juridice ale acestui drept real, cele care prezintă deosebită importanță pentru tematica abordată sunt caracterul de drept esențialmente temporar – dacă titularul este o persoană fizică el poate fi cel mult viager, încetând prin moartea acestuia - și caracterul de drept incesibil (intransmisibil).

Potrivit art. 69 din legea nr 71/2011 drepturile de uzufruct în ființă și după intrarea în vigoare a Codului Civil se exercită potrivit dispozițiilor acestuia, dacă nu se prevede altfel prin prezenta lege.

Nefiind un drept esențialmente personal beneficiul uzufructului poate fi cedat (gratuit sau oneros) iar bunul poate fi exploatat prin închiriere, comodat etc.

Dreptul de uz și cel de abitație sunt varietăți ale dreptului de uzufruct care se particularizează prin aceea că titularul are recunoscute atributele de posesie și folosință asupra bunului altuia, dar numai în limitele satisfacerii nevoilor lui și ale membrilor familiei sale.

Dreptul de abitație se deosebește de cel de uz[65] doar prin faptul că are ca obiect o locuință.

Așadar, atât dreptul de uz cât și cel de abitație sunt drepturi esențialmente temporare, fiind cel mult viagere.

Prin urmare înstrăinarea doar a nudei proprietăți și reținerea pentru sine a dreptului de uzufruct sau a unuia dinte varietățile lui (uz, abitație) conferă transmițătorului certitudinea folosirii respectivului bun pe perioada agreată prin contract sau, după caz, până la decesul lui.

De asemenea, proprietarul deplin poate înstrăina nuda proprietate și dreptul de uzufruct unor persoane diferite.

Transmiterea, între vii, a dreptului de proprietate si a dezmembrămintelor acestuia asupra unui teren, cu sau fără construcții, putea fi făcută, anterior intrării în vigoare a Noului Cod Civil, numai prin acte juridice încheiate în formă autentică. (Legea nr. 247/2005, Titlul X, art. 2).

Art. 230 lit. aa) din Legea nr. 71/2011 a abrogat titlul X „Circulația juridică a terenurilor" al Legii nr. 247/2005.

Potrivit actualei reglementări în materia imobilelor, care cuprind și terenurile, sunt aplicabile prevederile art. 557 alin (4) N. C. Civ., dreptul de proprietate asupra acestora dobândind-se prin înscriere în cartea funciară, dacă prin lege nu s-a prevăzut altfel.

Înscrierea în cartea funciară se efectuează în baza înscrisului autentic notarial, a hotărârii judecătorești rămase definitivă, a certificatului de moștenitor sau în baza unui alt act emis de autoritățile administrative, în cazurile în care legea prevede aceasta.

Însă, potrivit art. 56 din legea nr 71/2011, până la îndeplinirea tuturor formalități necesare punerii în aplicare a dispozițiilor art. 557 N. C. Civ. rămân incidente reglementările în vigoare iar înscrierea în cartea funciară a dreptului de proprietate și a altor drepturi reale, pe baza actelor prin care s-au transmis,

[65] Dreptul de uz este acel drept real esențialmente temporar, dezmembrământ al dreptului de proprietate, care conferă titularului său atributele de folosință și posesie, asupra unui bun aflat în proprietatea altuia, dar numai în limitele satisfacerii nevoilor proprii și ale familiei sale.

constituit ori modificat în mod valabil, se face numai în scop de opozabilitate față de terți.

Speță

Obligația de întreținere rezultată din contractul de întreținere este indivizibilă (activ și pasiv) și, ca urmare a indivizibilității, obligația nu este considerată îndeplinită, dacă nu s-a executat, integral, față de toți creditorii.

În consecință, chiar dacă unul dintre uzufructuarii întreținuți a decedat, nudul proprietar întreținător nu poate considera că dreptul de uzufruct poartă doar asupra cotei de 1/2 din imobil.

Curtea de Apel Timișoara, Secția civilă, Decizia nr. 1672/R din 21 septembrie 2006.

Prin sentința civilă nr. 5866 din 21 noiembrie 2005, Judecătoria Arad a admis în parte acțiunea formulată de reclamantul I.V. și a dispus evacuarea pârâților P.G. și P.D. din imobilul înscris în C.F. 15208 A., respingând capătul de cerere privind evacuarea pârâtei P.M. din imobil.

Pentru a pronunța această hotărâre, prima instanță a reținut ca prin contractul de întreținere autentificat sub nr. 16866/1989, pârâta P.M. și fostul său soț P.G. (decedat) au transmis reclamantului I.V. dreptul de nudă proprietate asupra imobilului, în schimbul întreținerii, întreținutii păstrându-și dreptul de uzufruct viager.

Judecătoria a apreciat ca reclamantul beneficiază de toate atributele conferite de dreptul real de proprietate asupra cotei de 1/2 parți din imobil și că poate exercita toate acțiunile necesare apărării dreptului său de proprietate, situație în care apare ca justificată acțiunea în evacuare a pârâților P.G. și P.D., care ocupă imobilul fără a deține vreun titlu locativ.

Prin decizia civilă nr. 147 din 11 aprilie 2007, Tribunalul Arad a admis apelul declarat de pârâți și a schimbat în parte sentința apelată, în sensul ca a respins cererea reclamantului I.V. de evacuare a pârâților P.G. și P.D. din imobil, menținând în rest dispozițiile sentinței.

Această hotărâre a fost menținută de către Curtea de Apel Timișoara care, prin decizia civilă nr. 1672 din 21 septembrie 2006, a respins recursul reclamantului I.V. împotriva hotărârii pronunțate în apel.

Pentru a pronunța această soluție, instanța de recurs și cea de apel au reținut că, în cazul în care unul dintre întreținuți a decedat, reclamantul nu poate considera că dreptul de uzufruct poartă doar asupra cotei de 1/2 părți din imobil, dat fiind faptul că obligația de întreținere este indivizibilă (activ și pasiv) și, ca urmare a indiviziunii, obligația nu este îndeplinită, dacă nu s-a executat, integral, față de toți creditorii.

Că, pârâta întreținută P.M. și-a păstrat dreptul de uzufruct viager asupra imobilului, iar susținerea reclamantului, potrivit căreia această pârâtă trebuia să obțină acordul său, respectiv acordul nudului proprietar, pentru a tolera în

imobil pe pârâții P.G. și P.D. trebuie înlăturată, pentru că, în raport de dispozițiile art. 534 din Codul Civil, uzufructuarul poate închiria sau ceda exercițiul dreptului său, putând dispune după cum va considera de folosința imobilului, nudul proprietar neavând dreptul de a îngrădi exercițiul folosinței imobilului.

În acest sens, art. 539 din Codul Civil stabilește obligația expresă a nudului proprietar de a se abține de la orice acțiune prin care ar putea vătăma drepturile uzufructuarului.

V.5.2. Noțiuni generale despre contracte civile

În prezenta subsecțiune vom prezenta doar chestiunile mai sensibile, ce pot interesa persoanele vârstnice, legate de contractul de vânzare cumpărare, cu sau fără clauză de întreținere, contractul de rentă viageră și cel de donație.

Legea reglementează pe larg cea mai mare parte dintre aceste contracte, iar literatura de specialitate este bogată în analiza acestora. Contractul de întreținere, care adeseori apărea în contractele de vânzare-cumpărare ca o clauză a acestora, era până la intrarea în vigoare a Noului Cod Civil un produs al practicii, dar se bucura, și el, de o atenție deosebită din partea autorilor de articole și de cărți juridice, ulterior legiuitorul l-a prevăzut la art. 2254- art. 2263 N. C. Civ ca un contract distinct de contractul de vânzare-cumpărare.

În materie contractuală este deosebit de importantă prevederea cuprinsă în art. 102 din Legea nr. 71/2011:

„Contractul este supus dispozițiilor legii în vigoare la data când a fost încheiat în tot ceea ce privește încheierea, interpretarea, efectele, executarea și încetarea sa.

Modificarea contractului se face cu respectarea tuturor condițiilor prevăzute de legea în vigoare la data modificării. În privința elementelor ce nu fac obiectul modificării, sunt aplicabile dispozițiile alin. (1)."

Prin urmare suntem nevoiți să cunoaștem două reglementări:

- cea anterioară Noului Cod Civil pentru a verifica valabilitate, înțelege și executa contractele încheiate până la data de 1 octombrie 2011;
- Reglementarea din Noul Cod Civil pentru a înțelege efectele actelor pe care urmează să le încheiem.

1. Contractul de vânzare – cumpărare

- În reglementarea Codului Civil din 1864

Codul civil consacră vânzării un întreg titlu (art. 1294 -1404), însă în ciuda acestei reglementări generoase, o definiție riguroasă a acestui contract a fost dată de doctrină și nu de legiuitor[66].

Contractul de vânzare - cumpărare este acel contract prin care o persoană, numită vânzător, transmite un drept altei persoane, numită cumpărător, în

[66] Art. 1294 din Codul Civil definește vânzarea ca fiind „o convenție prin care două părți se obligă între sine, una a transmite celeilalte proprietatea unui lucru și aceasta a plăti celei dintâi prețul lui."

schimbul obligației acesteia din urmă de a achita un preț în bani. (Safta-Romano, 1999, p.18)

Trebuie menționat că deși contractul de vânzare-cumpărare este un contract consensual, adică simpla manifestare de voință este nu numai necesară dar și suficientă pentru valabila lui încheiere, în cazul înstrăinării de imobile este necesară întocmirea actului în formă autentică (în materie de construcții – în literatura de specialitate - nu există totuși în punct de vedere unitar).

De îndată ce părțile au identificat bunul înstrăinat și au căzut de acord cu privire la prețul acestuia, respectând și forma prescrisă pentru întocmirea actului acolo unde legea prevede o astfel de condiție ca obligatorie, contractul este încheiat. Predarea bunului și plata prețului sunt chestiuni legate de executarea contractului și nu de valabila lui încheiere.

În general este acceptat că oricine poate vinde și cumpăra bunuri aflate nerestricționat în circuitul civil. De la această regulă există și excepții expres prevăzute de lege. Dintre aceste excepții interesează aici cea prevăzută de art. 1307 din Codul Civil care stipulează că vânzarea între soți este interzisă.

Un element deosebit de important al contractului este prețul. Pentru valabilitatea contractului este necesar ca acesta să fie stabilit în bani, să fie determinat sau determinabil, și să fie real și serios.

Dacă prețul nu este stabilit în bani atunci contractul nu va fi unul de vânzare - cumpărare ci, eventual, unul de schimb. Așadar, stabilirea prețului în bani este de esența contractului de vânzare-cumpărare.

Prețul este determinat atunci când el este exprimat într-o sumă de bani, fie că este vorba de moneda națională sau de o altă valută.

Prețul este determinabil atunci când stabilite numai elementele în baza căruia el poate fi calculat la data plății lui. De exemplu, vânzarea unui pachet de acțiuni la valoare din data de 1 septembrie 2010 stabilită de Bursa de Valori București.

De asemenea, prețul trebuie să fie real. Ceea ce se opune prețului real este prețul fictiv, care este stabilit de părți încă de la încheierea contractului, dar care nu este niciodată plătit. De exemplu, prin intermediul unui contraînscris vânzătorul îi face o reducere de preț cumpărătorului. (Malaurie *et. al*, 2009, p. 142)

Un preț este serios atunci când el nu este derizoriu, el este derizoriu atunci când el este inexistent (zero euro) sau ridicol de mic (un lingou de aur pentru un euro). Aprecierea seriozității prețului are în vedere un criteriu obiectiv (*Ibidem*, p.143). Prețul nu depinde totuși strict de valoarea reală a bunului vândut, ci și de subiectivismul părților, care se bucură de o anumită libertate în stabilirea acestuia. (Safta - Romano, 1999, p. 44)

În temeiul autonomiei de voință și a libertății contractuale, din diferite rațiuni, părțile pot conveni încheierea aparentă, simulată, a unei vânzări, cu înțelegerea ca transferul proprietății să aibă loc fără ca prețul să fie plătit de dobânditor.

În principiu, simulația prețului nu este ilicită în sine , legea nesancționând-o decât în mod excepțional. O asemenea înțelegere este așadar valabilă, dar întrucât se probează că prețul a fost doar fictiv (inexistent), operațiunea este nulă ca vânzare - cumpărare, dar valabilă ca donație deghizată, dacă de dovedește existența intenției de a gratifica din partea înstrăinătorului și dacă sunt îndeplinite toate condițiile cerute pentru validitatea donației. (Chirică, 2005, p. 96)

Având în vedere importanța deosebită a prețului este necesară conservarea probei referitoare la plata acestuia motiv pentru care recomandăm a se solicita notarului să ia act personal de efectuarea plății și să o ateste în cuprinsul contractului (ca fapt perceput personal și în baza declarațiilor părților) sau efectuarea plății prin virament bancar și păstrarea dovezii împreună cu contractul de vânzare-cumpărare.

- În reglementarea Noului Cod Civil

Vânzarea este contractul prin care vânzătorul transmite sau, după caz, se obligă să transmită cumpărătorului proprietatea unui bun în schimbul unui preț pe care cumpărătorul se obligă să îl plătească.

Poate fi, de asemenea, transmis prin vânzare un dezmembrământ al dreptului de proprietate sau orice alt drept.

Orice bun poate fi vândut în mod liber, dacă vânzarea nu este interzisă ori limitată prin lege, prin convenție ori testament.

Trebuie menționat că în reglementarea Noului Cod Civil vânzarea între soți nu mai este interzisă.

Dacă în momentul vânzării unui bun individual determinat acesta pierise în întregime, contractul nu produce niciun efect. Dacă bunul pierise numai în parte, cumpărătorul care nu cunoștea acest fapt în momentul vânzării poate cere fie anularea vânzării, fie reducerea corespunzătoare a prețului.

Prețul constă într-o sumă de bani. Acesta trebuie să fie serios și determinat sau cel puțin determinabil.

Vânzarea este anulabilă atunci când prețul este stabilit fără intenția de a fi plătit. De asemenea, dacă prin lege nu se prevede altfel, vânzarea este anulabilă când prețul este într-atât de disproporționat față de valoarea bunului, încât este evident că părțile nu au dorit să consimtă la o vânzare.

În lipsă de stipulație contrară, cheltuielile pentru încheierea contractului de vânzare sunt în sarcina cumpărătorului.

Măsurarea, cântărirea și cheltuielile de predare a bunului sunt în sarcina vânzătorului, iar cele de preluare și transport de la locul executării sunt în sarcina cumpărătorului, dacă nu s-a convenit altfel.

În absența unei clauze contrare, cheltuielile aferente operațiunilor de plată a prețului (comisioanele bancare) sunt în sarcina cumpărătorului.

Clauzele îndoielnice în contractul de vânzare se interpretează, de regulă,în favoarea cumpărătorului.

Cu excepția cazurilor prevăzute de lege ori dacă din voința părților nu rezultă contrariul, proprietatea se strămută de drept cumpărătorului din momentul încheierii contractului, chiar dacă bunul nu a fost predat ori prețul nu a fost plătit încă.

Stipulația prin care vânzătorul își rezervă proprietatea bunului până la plata integrală a prețului este valabilă chiar dacă bunul a fost predat. Această stipulație nu poate fi însă opusă terților decât după îndeplinirea formalităților de publicitate cerute de lege, după natura bunului.

Bunul trebuie să fie predat în starea în care se afla în momentul încheierii contractului. În lipsa unui termen, cumpărătorul poate cere predarea bunului de îndată ce prețul este plătit.

Cumpărătorul poate cere rezoluțiunea vânzării dacă a fost evins (a pierdut proprietatea) de întregul bun sau de o parte a acestuia îndeajuns de însemnată încât, dacă ar fi cunoscut evicțiunea, el nu ar mai fi încheiat contractul.

Vânzătorul este ținut să înapoieze prețul în întregime chiar dacă, la data evicțiunii, valoarea bunului vândut a scăzut sau dacă bunul a suferit deteriorări însemnate, fie din neglijența cumpărătorului, fie prin forță majoră. Dacă însă cumpărătorul a obținut un beneficiu în urma deteriorărilor cauzate bunului, vânzătorul are dreptul să scadă din preț o sumă corespunzătoare acestui beneficiu.

Dacă lucrul vândut are, la data evicțiunii, o valoare mai mare, din orice cauză, vânzătorul este dator să plătească cumpărătorului, pe lângă prețul vânzării, sporul de valoare acumulat până la data evicțiunii. De asemenea, vânzătorul poate fi obligat și la plata de daune-interese.[67]

Vânzătorul garantează cumpărătorul contra oricăror vicii ascunse care fac bunul vândut impropriu întrebuințării la care este destinat sau care îi micșorează în asemenea măsură întrebuințarea sau valoarea încât, dacă le-ar fi cunoscut, cumpărătorul nu ar fi cumpărat sau ar fi dat un preț mai mic.

Este ascuns acel viciu care, la data predării, nu putea fi descoperit, fără asistență de specialitate, de către un cumpărător prudent și diligent.

Cumpărătorul are următoarele obligații principale: să preia bunul vândut și să plătească prețul vânzării.

În cazul în care nu s-a convenit altfel, cumpărătorul este ținut să plătească dobânzi asupra prețului din ziua dobândirii proprietății, dacă bunul produce fructe civile sau naturale, ori din ziua predării, dacă bunul nu produce fructe, însă îi procură alte foloase.

---

[67] Cumpărătorul chemat în judecată de un terț care pretinde că are drepturi asupra lucrului vândut trebuie să îl cheme în cauză pe vânzător. În cazul în care nu a făcut-o, fiind condamnat printr-o hotărâre intrată în puterea lucrului judecat, pierde dreptul de garanție dacă vânzătorul dovedește că existau motive suficiente pentru a se respinge cererea.

· Când cumpărătorul nu a plătit, vânzătorul este îndreptățit să obțină fie executarea silită a obligației de plată, fie rezoluțiunea vânzării, precum și, în ambele situații, daune-interese, dacă este cazul.

2. Contractul de întreținere

În reglementarea Noului Cod Civil au fost preluate multe soluții ale practicii și literaturii existente până la adoptarea sa. În art. 2254 – 2263 N. C. Civ. sunt prevăzute în detaliu regulile care guvernează acest contract. Față de scopul prezentării noastre în continuare vom dezvolta doar dispozițiile esențiale pentru contractul de întreținere, făcând totodată referire la modificările intervenite în cuprinsul legislației actuale.

Contractul de întreținere este un contract cu titlu oneros, în temeiul căruia una din părți transmite celeilalte proprietatea unuia sau mai multor bunuri, în schimbul obligației pe care aceasta și-o asumă de a-i presta, în natură, cele necesare traiului în tot timpul vieții, fiind în același timp un contract aleatoriu, pentru că durata obligației debitorului este în funcție de durata vieții creditorului, eveniment necert.

Contractul de întreținere, potrivit legislației actuale se încheie în formă autentică sub sancțiunea nulității absolute. Anterior intrării în vigoare a N. C. Civ. simpla manifestare de voință a părților nu era doar necesară ci și suficientă pentru ca actul să fie valabil încheiat.

Prestarea întreținerii, în sarcina debitorului, este obligația de a face, cu caracter strict personal, care, în caz de neexecutare, determină rezilierea contractului respectiv (art.1020 din Codul Civil/art. 2263 alin. (3) N. C. Civ.).

Obligația de întreținere poate fi constituită și cu titlu gratuit, caz în care nu există o înstrăinare de bunuri de către beneficiarul întreținerii sau de către o terță persoană.

În raport cu conținutul contractului, obligația de întreținere asumată de debitor are caracter de indivizibilitate când este instituită în beneficiul mai multor creditori.

În cazul unei obligații de întreținere indivizibile, cu mai mulți creditori, debitorul nu și-a îndeplinit obligația atunci când a satisfăcut numai pe unul din creditori, deoarece obligația indivizibilă nu este susceptibilă de executarea parțială, sancțiunea civilă a rezoluțiunii contractului ducând la restituirea tuturor bunurilor – obiect al contractului, indiferent cărora și în ce proporții au aparținut fiecărui creditor.

Rezilierea contractului de întreținere se dispune numai dacă, din culpa debitorului, creditorul nu a primit întreținerea prevăzută în contract, care, de regulă, constă în asigurarea hranei, îmbrăcămintei, medicamentelor, satisfacerea oricăror alte nevoi și se prestează în natură. În lipsa unui impediment legal, părțile pot conveni însă, la data contractului sau ulterior, ca întreținerea să fie convertită, permanent sau temporar, într-o sumă de bani pe care debitorul-întreținător

trebuie să o plătească creditorului-întreținut, pentru acoperirea, total sau parțial, a obligației de întreținere cuvenită.

Refuzul de a primi întreținerea cuvenită, fără un motiv temeinic, constituie un abuz al creditorului, acesta neputând obține rezilierea contractului, prevalându-se de propria-i culpă.

Dacă creditorul întreținerii și-a rezervat uzufructul viager al imobilului a cărui nudă proprietate s-a dobândit de debitorul întreținerii la data încheierii contractului, acesta din urmă poate locui în imobil numai ca tolerat și urmează a fi evacuat la cererea creditorului, beneficiar al uzufructului viager.

Dacă instanța va dispune rezoluțiunea contractului de întreținere din vina debitorului obligației, totodată se restabilește situația anterioara a părților (proprietatea bunului revine în patrimoniul creditorului obligației de întreținere), contravaloarea prestațiilor executate nu se restituie.

3. Contractul de rentă viageră

Contractul de rentă viageră este un contract aleatoriu, de regulă cu titlu oneros, prin care o persoană înstrăinează un bun sau plătește o sumă de bani (capital) în schimbul unei prestații periodice în bani, care urmează a i se plăti până la decesul său (rentă viageră).

Cuantumul ratei de rentă se stabilește, în mod liber, prin voința părților. Cele mai multe dintre considerațiile prezentate pentru contractul de întreținere sunt valabile și în cazul contractului de rentă viageră. Această asemănare rezultă din caracterul aleatoriu al ambelor contracte. Câteva precizări totuși se impun.

Dacă persoana în favoarea căreia renta a fost constituită (inclusiv terțul beneficiar) nu mai exista la data constituirii rentei (decedase) contractul este lovit de nulitate absolută, conform art. 1644 din Codul Civil. Contractul este lovit de nulitate absolută și în cazul constituirii rentei viagere în favoarea unei persoane afectate de o boală de care a murit în intervalul de 20 de zile (cel mult 30 de zile conform art. 2247 N. C. Civ) de la data încheierii contractului, conform art. 1645 din Codul Civil. Dacă renta este stipulată în favoarea unei persoane care suferă de o boală gravă, dar în intervalul de 20 de zile (respectiv 30 de zile) moare datorită unei alte cauze (de exemplu: accident rutier, victima a unei infracțiuni etc.) contractul este valabil întrucât elementul *alea* (șansa de pierdere și câștig a existat).

Dacă renta viageră a fost constituită cu titlu gratuit, aceasta poate fi declarată de părți neurmăribilă, conform art. 1650 din Codul Civil. Și în acest caz creditorii vor putea urmări sumele plătite cu titlu de rentă pentru datorii de alimente, de chirii. (Deak (a), 1999, p. 579)

În caz de reziliere a contractului datorită neplății rentei viagere, ratele scadente și plătite nu se restituie.

Un element de noutate prevăzut în Noul Cod Civil constă în faptul că renta viageră se constituie pe durata vieții credirentierului dacă părțile nu au stipulat

constituirea acesteia pe durata vieții debirentierului sau a unei terțe persoane determinate.

Dacă anterior intrării în vigoare a Noului Cod Civil, termenul și modalitatea de plată a ratelor de rentă erau stabilite de părți, iar cuantumul ratelor de rentă nu se indexau, riscul deprecierii monedei naționale fiind suportat de creditor, actualmente legiuitorul prin art. 2248 N. C. Civ. dispune că ratele de rentă se plătesc trimestrial în avans și indexate în funcție de rata inflației, dacă părțile nu au convenit altfel.

Potrivit art. 2.249 N. C. Civ., pentru garantarea obligației de plată a rentei constituite cu titlu oneros, creditorul beneficiază de un privilegiu sau, după caz, de o ipotecă legală asupra bunului. În vederea înscrierii ipotecii legale nu este necesară declararea valorii creanței garantate.

4. Contractul de donație

Vechea și noua reglementare în materie de donații este asemănăoare. Astfel, în cele ce urmează, dacă nu vom evidenția o diferență între Codul Civil din 1864 și cel nou, înseamnă că, afirmațiile făcute sunt valabile indiferent de dispozițiile legale care s-au succedat.

Contractul de donație este acel contract unilateral, gratuit și solemn, prin care o persoană (donator) transmite irevocabil un drept patrimonial al său, unei alte persoane (donatar), care îl acceptă.

Caracterul solemn al contractului presupune întocmirea acestuia, de regulă, în formă autentică. În cazul bunurilor mobile corporale,(cu valoare de până la 25000 lei[68] [art. 1011 alin. (4) N. C. Civ.]), solemnitatea încheierii donației este înlocuită de remiterea bunului. În acest din urmă caz predarea bunului nu este un mod de executare a contractului, ci forma cerută de lege pentru valabila încheiere a donației.

Prin urmare simpla manifestare de voință în sensul transmiterii gratuite a unui drept nu este suficientă fiind necesară și încheierea contractului în formă autentică sau, acolo unde legea o permite, tradițiunea bunului.

În literatura de specialitate se arată că este de esența contractului de donație irevocabilitatea acestuia (*Ibidem*, p. 124). Caracterul special al irevocabilității donațiilor față de al celorlalte acte juridice este consacrată de Codul Civil prin art. 801 și art. 822 – 824 și de Noul Cod Civil prin art. 1015. Irevocabilitatea în acest caz este o condiție de validitate pentru formarea contractului de donație. Așadar, este lovit în întregime de nulitate absolută contractul care conține clauze incompatibile cu principiul irevocabilității donațiilor.

---

[68] Art. 95 din Legea nr. 71/2011

Plafonul valoric al bunurilor mobile corporale prevăzut la art. 1.011 alin. (4) N. C. Civ. va fi actualizat periodic, prin hotărâre a Guvernului.

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

Sunt astfel de clauze cele care stipulează de exemplu: sarcina plății datoriilor viitoare nedeterminate ale donatarului și/sau ale unei terțe persoane, dreptul de a dispune de bunul donat, dreptul de denunțare unilaterală a contractului, etc.

Legiuitorul a ales în cazul unor astfel de clauze să declare nulitatea contractului și nu a clauzei întrucât o astfel de stipulație prevăzută în cadrul contractului face să lipsească întregul act de intenția liberală a donatorului.

Totuși donația poate fi și cu sarcini, în sensul că donatarul acceptând donația se obligă să aibă o anumită conduită (să dea, să facă sau să nu facă ceva), însă îndeplinirea sau împiedicarea îndeplinirii sarcinii stipulate nu trebuie să fie exclusiv în puterea donatorului. Regula enunțată trebuie îndeplinită și în cazul donațiilor sub condiție.

Cauze legale de revocare sau reducere a donațiilor

Deși donatorului nu-i sunt permise stipulațiile care încalcă principiul irevocabilității legea prevede cazuri speciale de revocare a donațiilor.

Revocarea donațiilor are loc fie de drept, fie prin hotărâre judecătorească ori prin simpla manifestare de voință a donatorului.

O instituție asemănătoare revocării este raportul donațiilor care presupune întoarcerea (fictivă, pentru calculul cotei cuvenite din patrimoniul decedatului) în patrimoniul succesoral al donatorului a bunului donat.

De asemenea, reducțiunea donațiilor intervine în cazul în care donatorul depășește cotitatea disponibilă.

Revocarea pentru survenienţă de copii

Donația se revoca, în cazul liberalităților efectuate înainte de 1 octombrie 2011, de drept, în situația în care donatorul nu avea nici un copil sau alt descendent în momentul încheierii contractului de donație și posterior i se naște un copil din căsătorie sau din afara căsătoriei.

Dacă copilul s-a născut după intrarea în vigoare a Noului Cod Civil, revocarea donației pentru survenienţă de copii nu mai operează.[69]

Revocarea pentru ingratitudine

Revocarea judecătorească pentru ingratitudine intervinea în următoarele cazuri limitativ prevăzute de art. 831 din Codul Civil: atentat la viața donatorului (Deak (a), 1999, p. 176)[70]; delicte, cruzimi sau injurii grave (se cerea ca fapta să fi fost săvârșită cu intenție); refuzul nejustificat de alimente. Refuzul nejustificat de

[69] Art. 96 din Legea nr 71/2011.
Prevederile art. 829 din Codul civil din 1864 nu se aplică în cazul în care copilul s-a născut după intrarea în vigoare a Codului Civil.

[70] Nu se cere o condamnare penală, este suficient să se stabilească intenția de a ucide, intenția manifestă a autorului de a curma viața donatorului. Uciderea din culpă nu este cauză de revocare.

alimente presupune că donatorul a avut nevoie și a cerut alimente în condițiile în care nu existau rude obligate (conform legii) și în situația de a-i acorda întreținere, iar donatarul a refuzat fără justificare (avea posibilitatea).

În reglementarea Noului Cod Civil[71] aceste cazuri au fost menținute, iar revocarea pentru ingratitudine operează și în cazul în care donatarul cunoaște intenția unor persoane de a atenta la viața donatorului și nu îl înștiințează pe acesta din urmă. Prin urmare dacă acest fapt a intervenit sau continuat după intrarea în vigoare a Noului Cod Civil, donația este revocabilă.

Acțiunea în revocare pentru ingratitudine se stinge dacă nu a fost exercitată timp de un an de la săvârșirea faptelor enunțate iar donatarul poate renunța anterior scurgerii acestui termen la dreptul de revocare. Acțiunea poate fi pornită numai în contra autorului ingratitudinii (nu și a moștenitorilor acestuia), însă dacă donatarul moare după introducerea acțiunii aceasta poate fi continuată împotriva moștenitorilor. Admiterea acțiunii nu are efecte împotriva terților dobânditori ai bunurilor donate decât dacă aceștia au cunoscut existența acțiunii în revocare au fost îndeplinite formalitățile de publicitate cu privire la promovarea acesteia (de exemplu notarea litigiului în cartea funciară), conform art. 831, alin.1 C. Civ. și 1024 N. C. Civ.

Speță. Donație. Revocare pentru ingratitudine. Condiții

Potrivit art. 831, pct. 2 din Codul Civil, donațiunea între vii se revocă pentru ingratitudine, dacă donatarul este culpabil de delicte, cruzimi sau injurii grave.

Din interpretarea textului, rezultă că nu orice încălcare a moralei sau orice atitudine ireverențioasă duc la revocarea donației pentru ingratitudine, ci numai faptele de o gravitate deosebită.

Curtea de Apel Timișoara, Secția civilă, decizia nr. 2347 din 15 noiembrie 2006

Prin Decizia civilă nr. 578 din 28 iunie 2006, Tribunalul Timiș a admis apelul declarat de pârâtul C.V. împotriva Sentinței civile nr. 762 pronunțată de Judecătoria Timișoara în dosarul nr. 2867/C/2006, pe care a schimbat-o în tot, în sensul că a respins acțiunea civilă formulată de reclamanta M.V., având ca obiect revocare donație.

Pentru a hotărî astfel, instanța de apel a reținut că, la data de 26.01.2000, prin contractul de donație autentificat la B.N.P. G.C.M., donatoarea reclamantă M.V. a donat în favoarea donatarului pârât C.V. cota indiviză de X% din imobilul înscris în C.F. 101062 Timișoara, prin același contract reclamanta donând și fiicei sale C.D.E., soție la vreme respectivă a pârâtului C.V., cota de Y% din același imobil, pe cota de Z% parte rămânând proprietară reclamanta.

Tribunalul a mai avut în vedere că prin Sentința civilă nr. 7240/2002 a Judecătoriei Timișoara a fost desfăcută căsătoria dintre pârâtul C.V. și numita C.D., fiica reclamantei, situație în care au apărut mai multe neînțelegeri între foștii

[71] Art. 1023 N. C. Civ.

soți, relevate și în conținutul Sentinței penale nr. 1291/2005 a Judecătoriei Timișoara, prin care s-a constatat că în noaptea zilei de 27.08.2005, în jurul orei 23.00, pârâtul C.V. a adresat injurii și amenințări la adresa reclamantei intimate, fără ca acestea să fie de natură a alarma partea vătămată, motiv pentru care inculpatul C.V. a fost achitat, aplicându-i-se o amendă administrativă.

Astfel, Tribunalul a apreciat că în mod greșit prima instanță a considerat că nu are relevanță în cauză sentința penală mai sus menționată, care, coroborată cu probele testimoniale administrate în cauză, conturează o altă stare de fapt decât cea dedusă de instanța de fond.

În consecință, instanța de apel a apreciat că, deși între soți au avut loc incidente, soldate cu adresarea de insulte și amenințări, acestea nu au o gravitate care să conducă la aplicarea în cauză a prevederilor art. 831 alin. 1 pct. 2 din Codul Civil.

Împotriva acestei decizii a declarat recurs reclamanta M.V., care a invocat dispozițiile art. 304 pct. 7 și 9 C. pr. civ., arătând că sentința penală mai sus menționată are caracterul unei probe extrajudiciare în litigiul de față, iar instanța de apel a modificat-o înlăturând probele testimoniale administrate direct și nemijlocit în fața instanței de fond.

Cu opinie majoritară, Curtea de Apel Timișoara, prin decizia civilă nr. 2347 din 15 noiembrie 2006 a respins recursul declarat de reclamantă împotriva hotărârii instanței de apel. Pentru a pronunța această soluție, instanța de recurs a reținut că reclamanta și-a întemeiat acțiunea pe dispozițiile art. 831 alin. 1 pct. 2 din Codul Civil, iar din probatoriul administrat, respectiv din înscrisurile de la dosar și depozițiile martorilor, a rezultat că pe fondul unor neînțelegeri dintre pârâtul C.V. și fosta sa soție, care este fiica reclamantei, pârâtul a adresat injurii acesteia.

Că, acest fapt a fost reținut în Sentința penală nr. 334/2005 a Judecătoriei Timișoara, prin care pârâtul din acest litigiu a fost achitat pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 205 C. Pen., aplicându-i-se în baza art. 181 alin. 3 C. Pen., raportat la art. 91 lit. „c" Cod Penal o amendă administrativă de 200 lei.

Curtea a avut în vedere, de asemenea, că această hotărâre penală a avut relevanță în cauză pentru aprecierea gravității faptelor pârâtului, rezultând din conținutul ei că injuriile și amenințările nu erau de natură a o alarma pe reclamantă, iar din depozițiile martorilor audiați la fond și în apel că pârâtul i-a adresat insulte reclamantei pe fondul conflictelor între pârât și fosta sa soție.

Totodată, instanța de recurs a stabilit că procesele-verbale de contravenție prin care pârâtul a fost sancționat în temeiul Legii nr. 61/1991 pentru săvârșirea unor fapte de tulburare a liniștii și ordinii publice (atacată cu plângere), precum și plângerea adresată Poliției Municipiului Timișoara de fosta sa soție pentru fapte de violență și tulburarea liniștii publice sunt posterioare promovării acțiunii.

BCU TIMIȘOARA UNIVERSITY LIBRARY

Astfel, Curtea a concluzionat că, deși între părți au avut loc incidente prin care și-au adresat insulte sau amenințări, acestea nu au avut o gravitate care să conducă la concluzia că ar fi îndeplinite condițiile art. 831 alin. 1 pct. 2 din Codul Civil.

Revocarea donațiilor între soți

Revocarea donațiilor între soți[72] este de esența acestui contract, fiind prevăzută de art. 937 alin. 1 Codul Civil/art. 1031 N. C. Civ.

Revocarea donațiilor pentru neexecutarea sarcinii

Donația, în legislația anterioară și actuală poate fi pur gratuită sau cu sarcină.

Atunci când donatorul a instituit o sarcină, donatarul are obligația să o execute. Sarcina, pentru a fi valabilă, nu trebuie să fie imposibilă, ilicită sau imorală.

Sarcina poate fi instituită în favoarea donatorului, în favoarea unui terț sau chiar în favoarea donatarului însuși.

Sarcina nu poate avea o valoare mai mare decât obiectul donației, în caz contrar donatarul va fi ținut să îndeplinească sarcina numai în limita valorii bunului donat, actualizată la data la care sarcina trebuia îndeplinită. Dacă donatarul nu îndeplinește sarcina la care s-a obligat, donatorul sau succesorii săi în drepturi pot cere fie executarea sarcinii, fie revocarea donației.

În cazul în care sarcina a fost stipulată în favoarea unui terț, acesta poate cere numai executarea sarcinii.

Dreptul la acțiunea prin care se solicită executarea sarcinii sau revocarea donației se prescrie în termen de 3 ani de la data la care sarcina trebuia executată.

Când donația este revocată pentru neîndeplinirea sarcinilor, bunul reintră în patrimoniul donatorului liber de orice drepturi constituite între timp asupra lui cu exceptia cazului în care bunul a fost înstrăinat unde se aplică prevederile art. 1648 N. C. Civ.

Raportul Donațiilor

Donațiile sunt supuse raportului dacă sunt făcute în favoarea unui moștenitor legal (soț supraviețuitor sau descendent), fiind considerate un avans asupra moștenirii.

Astfel, orice moștenitor aparținând clasei descendenților precum și soțul supraviețuitor, dacă a acceptat succesiunea, trebuie să raporteze, adică să înapoieze tot ceea ce a primit de la defunct cu titlu de donație, afară numai dacă donatorul a dispus altfel (Eliescu, 1997, p. 481).

Dacă vine la moștenire, donatarul va trebui să raporteze liberalitatea primită. El va putea să păstreze donația renunțând la succesiune.

Potrivit legislației anterioare raportul mobilelor se făcea prin „luare mai puțin", iar cel al imobilelor „în natură". Conform Noului Cod Civil raportul donațiilor

[72] Donația între soți poate avea ca obiect numai bunurile proprii ale soțului donator.

BCU "IOAN SLAVICI" UNIVERSITY LIBRARY

se face prin echivalent. Se consideră nescrisă dispoziția care impune donatarului raportul în natură. Cu toate acestea, donatarul poate efectua raportul în natură dacă la data cererii de raport este încă proprietarul bunului și nu l-a grevat cu o sarcină reală și nici nu l-a dat în locațiune pentru o perioadă mai mare de 3 ani.

Reducțiunea donațiilor

Posibilitatea unei persoane de a face donații nu trebuie să afecteze drepturile succesorale ale anumitor clase de moștenitori. În favoarea acestora este prevăzută o rezervă succesorală pe care aceștia o vor moșteni (dacă acceptă moștenirea) chiar împotriva voinței defunctului exprimată prin donații, clauze testamentare sau alte liberalități.

În cazul afectării, prin donații, a rezervei succesorale, acestea vor fi reduse, în ordine invers cronologică pentru a întregi drepturile legale succesorale ale moștenitorilor rezervatari. Astfel, fără ca donațiile să fie anulate sau revocate acestea vor deveni, de la data producerii decesului donatorului, ineficace.

Moștenitorii rezervatari precum și rezerva succesorală a acestora este analizată în subsecțiunea dedicată legatelor.

V.5.3. Dispoziții testamentare. Legatul. Substituțiile fideicomisare

Testamentul este un tipar juridic, o formă pe care trebuie să o îmbrace actele de ultimă voință.

Alături de legate – care sunt dispoziții referitoare la patrimoniul succesoral sau la bunurile care fac parte din acest patrimoniu – testamentul poate cuprinde și exheredări (dezmoșteniri), sarcini impuse moștenitorilor legali sau testamentari, partaje de ascendent, revocarea unor dispoziții testamentare anterioare etc.

Testamentul poate fi olograf (scris de mâna testatorului, datat și semnat de acesta), autentic sau mistic (secret – încheiat în cadrul unei proceduri efectuate în fața judecătorului).

O dată cu intrarea în vigoare a Noului Cod Civil testamentul mistic nu mai poate fi utilizat pentru a dispune pentru cauză de moarte, însă cele întocmite înainte de această dată își păstrează valabilitatea.

Legatul este o dispoziție testamentară prin care testatorul desemnează una sau mai multe persoane care, la decesul său, urmează să dobândească un titlu gratuit întregul său patrimoniu sau o fracțiune din acesta ori anumite drepturi determinate.

Dreptul de a revoca un legat nu este supus nici unei restricții legale fiind considerat un drept nesusceptibil de abuz. De asemenea, orice angajament de a menține un legat va fi nul absolut fiind considerat un pact asupra unei moșteniri viitoare.

Prin legate nu poate fi afectată rezerva succesorală. Rezerva succesorală este acea parte din patrimoniul celui care lasă moștenirea la care moștenitorii au dreptul în virtutea legii, împotriva voinței defunctului manifestată prin libera-

lități făcute în timpul vieții (donații) și/sau prin dispoziții testamentare pentru cauză de moarte (legate sau exheredări) (Deak (b), 1999, p. 335).

Așadar, sunt interzise dispunătorului prin actele menționate orice dispoziții, sarcini, condiții, clauze care ar leza drepturile succesorilor rezervatari care au acceptat moștenirea.

Cercul moștenitorilor rezervatari și cuantumul rezervei sunt stabilite imperativ de lege, neputând fi modificate prin voința celui care lasă moștenirea, nici chiar cu acordul prezumtivilor moștenitori, pactele asupra moștenirilor viitoare fiind expres interzise de lege și sancționate cu nulitatea absolută.

Sunt moștenitori rezervatari: soțul supraviețuitor, părinții și descendenții indiferent de grad.

Rezerva soțului supraviețuitor este de ½ din cota sa de moștenitor legal, urmând a fi determinată de clasa de succesori legali cu care acesta, în concret vine la moștenire.

Rezerva părinților este de ½ din bunurile defunctului dacă „lasă mamă și tată" și de ¼ dacă „lasă numai pe unul dintre părinți".

Descendenții au, în funcție de „copii lăsați" o rezervă de ½ din bunurile moștenirii pentru un copil, de 2/3 pentru 2 copii și de ¾ pentru trei sau mai mulți.

În literatura de specialitate se apreciază că rezerva descendenților se calculează în funcție de „copii lăsați ca moștenitori" (adică care au acceptat moștenire). În cazul în care descendenții care culeg moștenirea nu sunt rude de gradul I stabilirea rezervei se face în funcție de numărul tulpinilor (numărul copiilor defunctului). Masa bunurilor în funcție de care se calculează rezerva succesorală se determină prin adăugarea fictivă („pe hârtie") a bunurilor ce au făcut obiectul liberalităților, în timpul vieții lui *de cuius*, la bunurile existente în patrimoniul defunctului la data survenirii decesului.

Potrivit noii reglementări rezerva succesorală a fiecărui moștenitor rezervatar este de jumătate din cota succesorală care, în absența liberalităților sau dezmoștenirilor, i s-ar fi cuvenit ca moștenitor legal. (art. 1.088 N. C. Civ)

Substituția fideicomisară reprezintă dispoziția prin care o persoană, denumită instituit, este însărcinată să administreze bunul sau bunurile care constituie obiectul liberalității și să le transmită unui terț, denumit substituit, desemnat de dispunător.

Legislația anterioară sancționa cu nulitatea absolută orice dispoziție care conținea o substituție fideicomisară.

Potrivit Noului Cod Civil, substituția fideicomisară devine legală, astfel încât o liberalitate poate fi grevată de o sarcină care constă în obligația instituitului, donatar sau legatar, de a administra bunurile care constituie obiectul liberalității și de a le transmite, la decesul său, substituitului desemnat de dispunător. Sarcina administrării și transmiterii bunului/bunurilor produce efecte numai cu privire la mobilele/imobilele care au constituit obiectul liberalității și care la data decesului instituitului pot fi identificate și se află în patrimoniul său.

Atunci când liberalitatea are ca obiect valori mobiliare, sarcina produce efecte și asupra valorilor mobiliare care le înlocuiesc. Dacă liberalitatea are ca obiect drepturi supuse formalităților de publicitate, sarcina trebuie să respecte aceleași formalități. În cazul imobilelor, sarcina este supusă notării în cartea funciară.

Drepturile substituitului se nasc la moartea instituitului. Substituitul dobândește bunurile care constituie obiectul liberalității ca efect al voinței dispunătorului. Substituitul nu poate fi, la rândul său, supus obligației de administrare și de transmitere a bunurilor.

În vederea executării sarcinii, dispunătorul poate impune instituitului constituirea de garanții și încheierea unor contracte de asigurare.

Dacă instituitul este moștenitor rezervatar al dispunătorului, sarcina nu poate încălca rezerva sa succesorală.

Atunci când substituitul predecedează instituitului sau renunță la beneficiul liberalității, bunul revine instituitului, cu excepția cazului în care s-a prevăzut că bunul va fi cules de moștenitorii substituitului ori a fost desemnat un al doilea substituit.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

BIBLIOGRAFIE:

1. Albert, Ş., Uta, L. & Jora, C., *Culegere de practică judiciară pe anul 2002*, Editura Lumina Lex, Bucureşti, 2003;
2. Boroi, G., *Drept civil. Partea Generală. Persoanele*, Editura ALL Beck, Bucureşti, 2001;
3. Boroi, G., Anghelescu, C. A., *Curs de drept civil. Partea generală*, Editura Hamangiu, Bucureşti, 2011;
4. Chirică, D., *Contracte speciale civile şi comerciale*, Vol. I, Editura Rosetti, Bucureşti, 2005;
5. Costin, M.N. & Costin, C.M., *Dicţionar de drept civil de la A la Z*, Ediţia a II-a, Editura Hamangiu, Bucureşti, 2007;
6. Deak, F., *Tratat de drept civil. Contracte speciale*, Ediţia a II-a , Editura Actami, Bucureşti, 1999, (a);
7. Deak, F., *Tratat de drept succesoral*, Editura Actami, Bucureşti, 1999, (b);
8. Eliescu, M., *Curs de succesiuni*, Editura Humanitas, Bucureşti, 1997;
9. Malaurie, P., Aynes, L. & Yves-Gautier, P., *Drept civil. Contracte speciale*, Editura Wolters Kluwer, Bucureşti, 2009;
10. Perju, P., „Decizia nr. 1144/1991. Note şi comentarii", în *Revista Dreptul* nr. 10/1992;
11. Safta-Romano, E., *Contracte civile. Încheiere. Executare. Încetare.*, Ediţia a III-a, Editura Polirom, Iaşi, 1999.

Legislaţie:

1. Codul Civil;
2. Codul Familiei;
3. Codul de Procedură Civilă;
4. Legea nr. 272 din 19 iulie 2005 privind domeniile proprietăţii şi justiţiei, precum şi unele măsuri adiacente, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 653 din 22 iulie 2005;
5. Lege nr. 319 din 10 iunie 1944 pentru dreptul de moştenire al soţului supravieţuitor, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 133 din 10 iunie 1944;
6. Decret nr. 31 din 30 ianuarie 1954 privitor la persoanele fizice si persoanele juridice, publicat în *Buletinul Oficial nr. 8* din 30 ianuarie 1954.

Web:

1. http://portal.just.ro
2. http://www.juris.ro/reviste-numere/Pandectele-Romane

BCU IAŞI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ANEXE

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 1

CĂMINUL DE BĂTRÂNI "CASA SF. IOSIF" IAȘI

– Prezentarea serviciilor –

1. Demnitatea umană

Căminul de Bătrâni „Casa Sfântul Iosif" prin serviciile sociale pe care le desfășoară promovează demnitatea persoanei vârstnice.

Orice activitate socială trebuie să se bazeze pe stimă, ceea ce înseamnă a-l considera pe cel încercat de sărăcie, un individ dotat cu demnitate umană și cu personalitate proprie. Stima se traduce printr-un profund respect pentru celălalt: pentru lumea sa interioară, pentru istoria vieții sale și pentru modul său de a gândi, de a acționa, pentru scopul său și pentru cerințele sale.

Populația vârstnică reprezintă o categorie vulnerabilă de persoane din cauza multiplelor dificultăți cu care se confruntă, în special din cauza vârstei, a neputinței și a situației materiale și financiare precare. Pentru a veni în întâmpinarea nevoilor acestei categorii de persoane, instituțiile statului, dar și instituțiile private, au dezvoltat o serie de servicii sociale și au dat în folosință case destinate vârstnicilor aflați în dificultate, cum sunt căminele pentru bătrâni, căminele spital, centrele de zi pentru persoane vârstnice etc.

2. Prezentarea instituției

Congregația Fiicelor Sfintei Maria a Divinei Providențe, prezentă în România din anul 1995, a dezvoltat o serie de servicii destinate vârstnicilor dintre care cel mai important obiectiv îl constituie Căminul de Bătrâni „Casa Sf. Iosif" Iași.

Centrul social își desfășoară activitatea din anul 2002, iar serviciul de îngrijire sociomedicală este acreditat din anul 2006. Capacitatea maximă a Căminului este de 40 de locuri.

În Căminul de Bătrâni „Casa Sf. Iosif" beneficiază de îngrijire socio-medicală persoane care au împlinit vârsta de pensionare și care se află în una din următoarele situații:

- nu au familie și trăiesc în singurătate și nesiguranță;
- nu posedă locuință, sunt abandonați și trăiesc în stradă sau în alte locuri precare;
- nu realizează venituri sau au venituri foarte mici și nu fac față situației economice actuale;
- se află în stare de boală și necesită asistență permanentă, iar familia nu poate asigura îngrijirea necesară;
- persoana necesită anumite tipuri de servicii, precum: fizioterapie, asistență medicală permanentă, regim alimentar etc.

În numeroase situații, internarea în cămin se întrevede ca unică soluție pentru rezolvarea problemelor cu care se confruntă persoanele vârstnice și membrii

familiilor lor. Acomodarea persoanei vârstnice cu mediul instituţional depinde de atmosfera primitoare a căminului, de calitatea relaţiilor şi a îngrijirilor primite, aceste instituţii fiind lăudabile în măsura în care „se inspiră din principii nu numai de eficienţă organizatorică, dar şi dintr-o grijă iubitoare" (Papa Ioan Paul al II-lea, 1998).

O notă particulară a Casei „Sf. Iosif" o constituie climatul de familie creat cu scopul de a-i ajuta pe beneficiari să se simtă confortabil, într-o atmosferă de căldură şi seninătate creştină.

3. Identificarea şi selecţia persoanelor asistate

Centrul rezidenţial utilizează şi difuzează materiale informative privind serviciile furnizate persoanelor vârstnice. Sursele de informare aflate la dispoziţia persoanelor interesate sunt multiple: materiale informative, site-ul congregaţiei, informaţii primite de la beneficiarii existenţi şi de la alte persoane care cunosc serviciile oferite în centru.

Identificarea şi admiterea beneficiarilor se realizează prin autoreferire sau prin referirea de către reprezentanţii legali ai persoanelor vârstnice, rude sau cunoscuţi. Referirea se poate realiza şi din partea altor instituţii, precum: biserici, spitale, poliţie, organizaţii neguvernamentale şi alte instituţii cu care persoana vârstnică a intrat în contact.

Evaluarea solicitantului se realizează în urma unei solicitări scrise, depuse la biroul de asistenţă socială al căminului. Fiecare cerere este analizată în cadrul şedinţelor comisiei casei, special organizate pentru acest scop. În urma evaluării cazului şi a dosarului persoanei, solicitarea este supusă spre aprobare. Aprobarea definitivă se realizează într-o şedinţă ulterioară după efectuarea anchetei sociale, prezentarea de către client a unui set de analize medicale în baza căruia medicul casei confirmă dacă persoana poate fi internată în cămin. În situaţia în care răspunsul medicului este favorabil, iar casa poate satisface nevoile specifice ale solicitantului, urmează instituţionalizarea propriu-zisă a persoanei în căminul „Sf. Iosif" unde beneficiază de serviciile sociomedicale oferite în cămin fără nicio discriminare.

Etapele internării în cămin:

1. Depunerea unei cereri la biroul de asistenţă socială;
2. Realizarea vizitei la domiciliul solicitantului;
3. Realizarea anchetei sociale;
4. Efectuarea unui set de analize medicale, care constă în:
   - examen hematologic;
   - examen biochimic;
   - electroforeză – proteină;
   - probele hepatice A, B şi C;
   - radiografie pulmonară;
   - E. K. G.;

- sumar de urină;
- examen coproparazitologic;
- examen psihiatric;
- V. D. R. L;
- scrisoare medicală eliberată de medicul de familie și precizarea dacă solicitantul este apt pentru a locui în cămin.

Evaluarea situației solicitanților se realizează în ordinea înregistrării cererilor, însă conform misiunii sale, căminul oferă prioritate celor care se confruntă cu situații socioeconomice grave.

4. Evaluarea nevoilor beneficiarilor

Conform legii[1], beneficiarilor admiși în Centrul Rezidențial „li se asigură servicii numai în baza evaluării inițiale și a evaluării complexe a nevoilor individuale".

Nevoile de îngrijire ale persoanei vârstnice se stabilesc pe baza Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice[2] care cuprinde criteriile de încadrare în grade de dependență. Pentru a fi posibilă încadrarea corectă, se întocmește fișa de evaluare sociomedicală.

Din evaluările efectuate până în prezent am constatat că nevoile vârstnicilor sunt acoperite doar parțial, mai ales în mediul rural. Aici, dar și în mediul urban, sărăcia este întâlnită frecvent la bătrânii singuri, fără copii, care beneficiază de venituri foarte mici. Insuficiența resurselor materiale și umane, programele de sănătate insuficient dezvoltate sau chiar lipsa acestora contribuie la degradarea stării de sănătate a persoanelor vârstnice, acestea fiind doar câteva dintre motivele pentru care persoanele solicită internarea în cămin. „Nevoile persoanelor în vârstă tind a fi văzute, de unii profesioniști implicați în asistarea lor, ca deficiențe, deși originile acestor nevoi stau în condițiile asupra cărora persoana vârstnică nu are un control semnificativ" (Miftode, 2003).

Nevoile se modifică în timp odată cu înaintarea în vârstă și implică în majoritatea cazurilor degradare fizică și psihică. Din acest motiv se realizează o evaluare periodică a necesităților persoanei în vederea adaptării și oferirii celor mai bune servicii pe termen mediu și lung etc.

Dezvoltarea unor servicii eficiente, de o calitate apreciabilă, se află în strânsă legătură cu prospectarea nevoilor persoanelor de vârsta a treia, cu o continuă informare cu privire la aceste nevoi și aplicarea celor mai eficiente metode de intervenție.

---

[1] Ordinul Ministrului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei nr. 246 din 27 martie 2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, standardul 14.

[2] Hotărârea Guvernului nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice.

BCU IASI - UNIVERSITY LIBRARY

5. Servicii oferite în Căminul de Bătrâni „Casa Sfântul Iosif"

Serviciul de cazare și masă

Centrul rezidențial asigură beneficiarilor o alimentație în concordanță cu nevoile și preferințele lor, cu respectarea normelor legale în vigoare. Cazarea se realizează în camere cu două locuri, cu grup sanitar propriu, dotate cu utilitățile necesare, adaptate particularităților vârstei.

Alimentația constă în servirea a 3 mese principale pe zi, la care se adaugă suplimentele nutriționale conform recomandării medicului pentru fiecare asistat. Hrana este pregătită în bucătăria casei de către personal specializat și este servită în sala de mese sau la pat, după posibilitatea asistatului.

Serviciul de îngrijire sociomedical

Centrul rezidențial oferă condiții de menținere a igienei personale a beneficiarilor și a colectivității în care trăiesc. Acest serviciu constă în efectuarea igienei personale, supraveghere permanentă și ajutor în toate acțiunile zilnice, ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, consultații medicale de specialitate, monitorizarea tensiunii arteriale, asigurarea și administrarea medicamentelor, procurarea dispozitivelor medicale necesare etc.

Serviciul de fizioterapie și kinetoterapie constă în respectarea unui program de gimnastică medicală de întreținere și recuperare efectuate de specialiști în domeniu, în colaborare cu medicul și asistenta medicală din centru. În activitatea de kinetoterapie se realizează exerciții pentru menținerea tonusului muscular și menținerea mobilității articulare, favorizarea circulației sanguine, menținerea unei stări de bine a organismului, creșterea rezistenței la efort etc. Exercițiile se realizează în grup, în sala de activități sau individual, după recomandarea medicilor de specialitate.

Serviciul de ergoterapie constă în implicarea tuturor vârstnicilor în diferite activități cu specific gospodăresc, activități manuale, respectând capacitățile și disponibilitatea fiecărui beneficiar.

Serviciul de animație constă în organizarea timpului liber al vârstnicilor prin inițierea și implicarea tuturor în diferite jocuri și concursuri distractive, organizarea de excursii, plimbări sau picnicuri în aer liber, aniversarea zilelor de naștere etc. Socializarea beneficiarilor se stabilește în funcție de nevoile acestora și se ține cont de disposibilitățile, resursele și preferințele lor. Scopul acestor activități este de prevenire a degradării, de facilitare a condițiilor prosociale, de consolidare a relațiilor dintre beneficiari, dar și dintre beneficiari și angajați, voluntari, colaboratori.

Serviciul de asistență socială constă în coordonarea relațiilor sociale, în special a relațiilor externe pentru a favoriza raporturile dintre personalul centrului și vârstnic, familia de origine, raporturile vârstnicului cu autoritățile statului sau cu alte instituții. Beneficiarii sunt spijiniți și pentru întocmirea unor cereri pentru obținerea unor drepturi legale sau pentru rezolvarea unor situații.

Serviciul religios ajută persoana vârstnică să trăiască cu seninătate și demnitate ultima etapă a vieții conform ritului fiecărui beneficiar, cu respect pentru tradiția casei. Lucrătorii de la centru au ca obiectiv însoțirea persoanei până în ultima clipă a vieții, indiferent de dificultățile prin care trece persoana. Astfel, „spiritualitatea nu elimină suferința, ci dezvoltă o modalitate de a-i face față și de a dobândi o nouă creștere a personalității" (Mitrofan, 2002).

Prin intermediul serviciilor oferite, ne preocupăm să asigurăm o alimentație sănătoasă vârstnicilor, să ne îngrijim zilnic de igiena lor personală, să îmbinăm în mod cât mai plăcut momentele de destindere și de odihnă, să le oferim controale medicale periodice și terapia necesară fiecărui caz în parte.

6. Calitățile lucrătorului din centru

Persoanele angajate în centru sunt specializate în diferite domenii. Echipa centrului este formată din: psiholog, asistent social, kinetoterapeuți, asistente medicale, medici colaboratori, infirmiere, îngrijitoare, bucătărese. Munca personalului angajat este coordonată de managerul instituției.

Lucrătorul este chemat să reînnoiască în fiecare zi o opțiune fundamentală: decizia de a lucra pentru și cu persoane aflate în dificultate care au nevoie de susținere în timpul vieții. Acesta trebuie să "vadă" dincolo de aspectul exterior și să respecte demnitate umană. Astfel, persoana angajată evită să fie influențată de prejudecăți în activitatea sa, evită folosirea unui limbaj sa a unor comportamente ofensive. Mai mult decât atât, acesta va încerca să se apropie de beneficiar cu respect, privind cu înțelegere istoria personală a fiecăruia.

De asemenea, lucrătorul trebuie să vadă și să valorifice resursele existente și valorile prezente în fiecare persoană: iubirea, capacitatea de a relaționa cu alții, bucuria, optimismul.

Profesionalismul, dăruirea, constanța, implicarea emoțională, interesul pentru celălalt, fac din ambientul căminului de bătrâni o casă primitoare, familială.

BCU IASI/CENTRUL DE CULTURA

BIBLIOGRAFIE:

1. Miftode, V., *Tratat de asistență socială*, vol. I, Ed. Fundației Axis, Iași, 2003, p. 21
2. Mitrofan, I., *Psihologia pierderii și terapia durerii*, Ed. Sper, București, 2002, p. 185.
3. Papa Ioan Paul al II-lea, 1998, *Scrisoare către bătrâni*, Colecția Documente, Ed. Presa Bună, Iași.

LEGISLAȚIE:

1. Hotărârea Guvernului nr.886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.507 din 16 octombrie 2000;
2. Ordinul nr.246 din 27 martie 2006 al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.637 din 24 iulie 2006.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 2[3]

CERERE DE ACORDARE A SERVICIILOR

Domnule Director,

Subsemnatul (a),_____,
domiciliat(ă) în localitatea Iași, Str._____
, nr._____, Bl. ____, Sc._____, et.____, ap._____, având B.I./ C.I. cu seria _____, nr._____, eliberat de _____, la data de _____, solicit a-mi aproba cererea de a beneficia de următoarele servicii psihosociale gratuite pentru persoanele vârstnice oferite de _____:

□ asistență socială
□ consiliere psihologică
□ asistență juridică
□ activități de socializare
□ companie/ vizite din partea voluntarilor
□ medierea relației cu instituțiile statului
□ sprijin material

Data: Semnătura:

Domnului Director al _____

[3] Model completat în secțiunea I.4.2.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 3[4]

FIȘA INIȚIALĂ A CAZULUI

MODALITATEA SOLICITĂRII: verbală ___/ telefonică___/ scrisă _____
DATA: _____
SOLICITANT: _____
DATE DESPRE BENEFICIAR:
Numele și prenumele: _____ Vârsta: _____
CNP _____, Act de identitate CI/BI Seria _____ Nr. _____
Domiciliul în fapt: _____
Domiciliul legal: _____

SITUAȚIA ÎN FAPT: _____
_____
_____

PERSOANE RESURSĂ:
Numele și prenumele: _____, vârsta: _____, calitate: _____
Numele și prenumele: _____, vârsta: _____, calitate: _____
Numele și prenumele: _____, vârsta: _____, calitate: _____

DATE RELEVANTE DESPRE VÂRSTNIC ȘI OBSERVAȚII:
_____
_____
_____
_____

Preluare caz de către asistent social _____
ASISTENT SOCIAL: _____

[4] Model completat în secțiunea I.4.3.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 4[5]

Nr..... /(data).....

CONTRACT DE ASISTENȚĂ

Părțile contractante:

1. _____(*denumirea instituției*), denumit în continuare furnizor de servicii sociale, cu sediul în județul: _____, codul de înregistrare fiscală _____, contul nr.: _____, deschis la Banca: _____, certificat de acreditare seria:_____ nr.: _____, reprezentat de dl:_____, având funcția de:_____, și de _____, având funcția de asistent social

și

2. _____(*numele beneficiarului*) denumit în continuare BENEFICIAR, domiciliat în localitatea: _____ str. _____, nr:_____ județul:_____ CNP:_____, posesor al B.I./C.I. seria:_____ nr_____, eliberat la data de:_____ de Secția de poliție:_____reprezentat de d-l./ d-na _____, domiciliat in localitatea:_____ str. _____nr._____județul: _____, posesor B.I./C.I. seria: _____nr. _____, eliberat la data de:_____ de :_____, conform (se va menționa actul care atesta calitatea de reprezentant) _____ _____ nr. _____data:_____

I. Având în vedere:

- planul de intervenție nr_____/data_____
- evaluarea complexa efectuata în perioada _____
- planul individualizat de asistență și îngrijire nr._____/data_____

II. Convin asupra următoarelor:

1. Definiții

1.1 *Contractul pentru furnizarea de servicii sociale*: este actul juridic încheiat între o persoană fizică sau juridică, publică sau privată, acreditată conform legii să acorde servicii sociale - denumită furnizor de servicii sociale – și o persoană fizică aflată în situație de risc sau dificultate socială – denumită beneficiar de servicii sociale – care exprimă acordul de voință al acestora în vederea acordării de servicii sociale.

[5] Model completat în secțiunea I.4.4.

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1.2. *Furnizor de servicii sociale*: persoana fizică sau juridică, publică sau privată, acreditată conform legii, în vederea acordării de servicii sociale, prevăzută la art. 11 din Ordonanța Guvernului nr. 68/2003, cu modificările și completările ulterioare.

1.3. *Beneficiarul de servicii sociale* este persoana aflată în situație de risc și dificultate socială împreună cu familia acesteia care necesită servicii sociale, conform planului de intervenție revizuit în urma evaluării complexe.

1.4. *Serviciile sociale* reprezintă un ansamblu de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență pentru prezervarea autonomiei și protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării și în scopul creșterii calității vieții, definite în condițiile prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 68/2003, cu modificările și completările ulterioare.

1.5. *Reevaluarea situației beneficiarului* reprezintă activitatea obligatorie a furnizorului de a evalua situația beneficiarului după acordarea de servicii sociale pe o anumită perioadă de timp.

1.6. *Revizuirea sau completarea planului individualizat de asistență și îngrijire* reprezintă modificarea sau completarea adusă planului individualizat pe baza rezultatelor reevaluării situației beneficiarului.

1.7. *Contribuția beneficiarului* reprezintă o cotă parte din costul total al serviciului /serviciilor acordate de furnizor, în funcție de tipul serviciului și de situația materială a beneficiarului și poate fi în bani, servicii sau în natură.

1.8. *Obligațiile beneficiarului* reprezintă totalitatea îndatoririlor pe care beneficiarul și le asumă prin contract și pe care le va îndeplini valorificându-și maximal potențialul psihofizic.

1.9. *Standarde minimale de calitate*: este ansamblul de cerințe privind cadrul organizatoric și material, resursele umane și financiare în vederea atingerii nivelului de performanță obligatoriu pentru toți furnizorii de servicii sociale specializate, aprobate în condițiile legii.

1.10. *Modificările de drept ale contractului de acordare de servicii sociale* sunt modificările aduse contractelor de acordare de servicii sociale în mod independent de voința părților, în temeiul prevederilor unui act normativ.

1.11. *Forța majoră* - un eveniment mai presus de controlul părților, care nu se datorează greșelii sau vinei acestora, care nu putea fi prevăzut în momentul încheierii contractului și care face imposibilă executarea și respectiv, îndeplinirea contractului.

1.12. *Evaluarea inițială* reprezintă activitatea de identificare/determinare a naturii cauzelor, a stării actuale de dezvoltare și integrare socială a beneficiarului precum și a prognosticului acestora efectuată prin utilizarea de metode și tehnici specifice profesiilor sociale, de către furnizorul de servicii sociale. Scopul evaluării este cunoașterea și înțelegerea problemelor cu care se confruntă

BUCHAREST UNIVERSITY LIBRARY

beneficiarul și identificarea măsurilor inițiale pentru elaborarea planului inițial de măsuri.

1.13. *Planul individualizat de asistență și îngrijire* reprezintă ansamblu de măsuri și servicii adecvate și individualizate potrivit nevoilor sociale identificate ca urmare efectuării evaluării complexe și cuprinde programarea serviciilor sociale, personalul responsabil și procedurile de acordare a serviciilor sociale.

1.14. *Evaluarea complexă* reprezintă activitatea de investigare și analiză a stării actuale de dezvoltare și de integrare socială a beneficiarului, a cauzelor care au generat și care întrețin situația de dificultate în care acesta se află precum și a prognosticului acestora utilizându-se instrumente și tehnici standardizate specifice domeniilor asistență socială, psihologic, educațional, medical, juridic.

2. Obiectul contractului

2.1.[6]Obiectul contractului îl constituie acordarea următoarelor servicii sociale:

- _____.

2.2.[7]Descrierea serviciilor sociale acordate de furnizorul de servicii sociale:

- _____.

3. Costurile serviciilor sociale acordate și contribuția beneficiarului

3.1. Costul total pe lună al serviciilor sociale prevăzute la punctul 2 este de:_____lei/lună.

3.2 Costul pe lună pentru fiecare serviciu social acordat este, după cum urmează:

- pentru servicii de asistență socială și îngrijiri la domiciliu pentru persoane vârstnice costul pe luna este de_____ lei

3.3 [8]Contribuția beneficiarului pentru serviciile sociale primite este, după cum urmează:

- pentru serviciile de asistență socială și îngrijiri la domiciliu pentru persoane vârstnice contribuția este _____(în bani/în natură).

3.4. Contribuția beneficiarului nu va influența acordarea serviciilor sociale și nu va îngreuna posibilitatea beneficiarului de a ieși din starea de dificultate. (*mențiune: Costurile serviciilor ce pot fi prevăzute cu acordul părților în anexă la contract)

4. Durata contractului

4.1. Durata contractului este de la data de_____ până la data de_____

4.2. Durata contractului poate fi prelungită cu acordul părților și numai după evaluarea rezultatelor serviciilor acordate beneficiarului și după caz, revizuirea planului individualizat de asistență și îngrijire prin act adițional.

---

[6] Lista serviciilor sociale ce vor fi acreditate poate fi prevăzută cu acordul părților în anexă la contract.
[7] Descrierea serviciilor sociale acordate poate fi prevăzută cu acordul părților în anexă la contract
[8] Valoarea contribuției beneficiarului este stabilită în urma procesului de evaluare complexă.

5. Etapele procesului de acordare a serviciilor sociale

5.1. Implementarea măsurilor prevăzute în planul de intervenţie şi în planul individualizat.

5.2. Reevaluare periodică situaţiei beneficiarului.

5.3. Revizuirea planului individualizat de asistenţă şi îngrijire în vederea adaptării serviciilor sociale la nevoile beneficiarului.

6. Drepturile furnizorului de servicii sociale

6.1. De a verifica veridicitatea informaţiilor primite de la beneficiar.

6.2. De a sista acordarea serviciilor sociale către beneficiar în cazul în care constată că acesta i-a furnizat informaţii eronate;

6.3. De a utiliza, în condiţiile legii, date denominalizate în scopul întocmirii de statistici pentru dezvoltarea serviciilor sociale;

7. Obligaţiile furnizorului de servicii sociale

7.1. Să respecte drepturile şi libertăţile fundamentale ale beneficiarului în acordarea serviciilor sociale precum şi drepturile beneficiarului rezultate di prezentul contract;

7.2. Să acorde servicii sociale prevăzute în planul individualizat de asistenţă şi îngrijire cu respectarea acestuia şi a standardelor minimale de calitate a serviciilor sociale;

7.3. Să depună toate diligenţele pentru a asigura beneficiarul de continuitatea serviciilor sociale furnizate, în cazurile de încetare a prezentului contract prevăzute la pct.12.1. şi 13.1. lit. a) şi d). Asigurarea continuităţii serviciilor sociale se va realiza şi prin subcontractarea şi cesiunea de servicii sociale.

7.4. Să fie receptiv şi să ţină cont de toate eforturile beneficiarului în îndeplinirea obligaţiilor contractuale şi să considere că beneficiarul şi-a îndeplinit obligaţiile în măsura în care acesta a depus toate eforturile;

7.5. Să informeze beneficiarul asupra:

- conţinutului serviciilor sociale şi condiţiilor de acordare a acestora;
- oportunităţii acordării altor servicii sociale;
- liste la nivel local a furnizorilor acreditaţi să acorde servicii sociale;
- regulamentului de ordine internă;
- oricărei modificări de drept a contractului.

7.6. Să reevalueze periodic situaţia beneficiarului şi, după caz, să completeze şi/sau să revizuiască planul individualizat de asistenţă şi îngrijire, exclusiv în interesul acestuia;

7.7. Să respecte, conform legii, confidenţialitatea datelor şi informaţiilor referitoare la beneficiar;

7.8. Să ia în considerare dorinţele şi recomandările obiective ale beneficiarului, cu privire la acordarea serviciilor sociale;

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

7.9. Să utilizeze contribuția beneficiarului exclusiv pentru acoperirea cheltuielilor legate de acordarea serviciilor sociale;

7.10. De a informa serviciul public de asistență în a cărui rază teritorială locuiește beneficiarul asupra nevoilor identificate și serviciilor propuse a fi acordate.

8. Drepturile beneficiarului

8.1. În procesul de acordare a serviciilor sociale prevăzute la punctul 2, furnizorul de servicii sociale va respecta drepturile și libertățile fundamentale ale beneficiarului.

8.2. Beneficiarul are următoarele drepturi contractuale:

a) De a primi serviciile sociale prevăzute în planul individualizat de asistență și îngrijire;

b) De a i se asigura continuitatea serviciilor sociale, atât timp cât se mențin condițiile care au generat situația de dificultate;

c) De a refuza, în condiții obiective, primirea serviciilor sociale;

d) De a fi informat în timp util și în termeni accesibili, asupra;

- drepturile sociale, a măsurilor legale de protecție și situațiilor de risc;
- modificărilor intervenite în acordarea serviciilor sociale;
- oportunității acordării altor servicii sociale;
- listei la nivel local a furnizorilor acreditați să acorde servicii sociale;
- regulamentului de ordine internă.

e) De a participa la evaluarea serviciilor sociale primite și de a participa la luarea deciziilor privind intervenția socială care i se aplică, putând alege variante de intervenție, dacă ele există;

f) Dreptul de a avea acces la propriul dosar;

g) De a-și exprima nemulțumirea cu privire la acordarea serviciilor sociale.

9.[9] Obligațiile beneficiarului

9.1. Să participe activ în procesul de furnizare a serviciilor sociale și la reevaluarea și revizuirea planului individualizat de asistentă și îngrijire;

9.2. Să furnizeze informații corecte cu privire la identitatea și situația familială, medicală, economică și socială și să permită furnizorului de servicii sociale verificarea veridicității acestora;

9.3. Să respecte termenele și clauzele stabilite în cadrul planului individualizat de asistență și îngrijire;

9.4. Să contribuie la plata costurilor serviciilor sociale primite cu o cotă parte din costul total al serviciului/serviciilor acordate de furnizor, conform punctelor 3.3 și 3.4.

[9] Obligațiile beneficiarului se vor completa, după caz, cu alte obligații specifice tipurilor de servicii sociale prevăzute în prezentul contract.

9.5. Să anunțe orice modificare intervenită în legătură cu situația sa personală pe parcursul acordării serviciilor sociale;

9.6. Să respecte regulile de comportament, programul de lucru, persoanele de contact, etc.

10. [10] Soluționarea reclamațiilor

10.1. Beneficiarul are dreptul de a formula verbal și/sau în scris reclamații cu privire la acordarea serviciilor sociale.

10.2. Reclamațiile pot fi adresate furnizorului de servicii sociale direct sau prin intermediul oricărei persoane din cadrul echipei de implementare a planului individualizat.

10.3. Furnizorul de servicii sociale are obligația de a analiza conținutul reclamațiilor, consultând atât beneficiarul, cât și specialiștii implicați în implementarea planului individualizat de asistență și îngrijire și de a formula răspuns în termen de maxim 10 (zece) zile de la primirea reclamației.

10.4. Dacă beneficiarul nu este mulțumit de soluționarea reclamației acesta se poate adresa în scris Comisiei de mediere socială de la nivelul județului/sectorului Iași, care va clarifica prin dialog divergențele dintre părți sau, după caz instanței de judecată competente.

11. Litigii

11.1. Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând în prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

11.2. Dacă după 15 zile de la începerea acestor proceduri neoficiale Furnizorul de Servicii Sociale și Beneficiarul nu reușesc să rezolve în mod amiabil o divergență contractuală, fiecare poate solicita Comisiei de mediere socială mijlocirea soluționării divergențelor sau se poate adresa instanțelor judecătorești competente.

12. [11] Rezilierea contractului

12.1. Constituie motiv de reziliere a contractului următoarele:

a) refuzul obiectiv al beneficiarului de a mai primi serviciile sociale, exprimat în mod direct sau prin reprezentant și consemnat în scris, sub semnătură;

b) încălcarea de către furnizorul de servicii sociale a prevederilor legale cu privire la serviciile sociale dacă este invocată de beneficiar;

c) retragerea autorizației de funcționare sau acreditării furnizorului de servicii sociale;

---

[10] Furnizorul va avea înscris în regulamentul de ordine interioară o procedură privind plângerile formulate de beneficiari care se va respecta punctele 10.1-10.3.

[11] În funcție de natura serviciilor sociale oferite de către furnizorul de servicii sociale, părțile contractuale pot reveni asupra daunelor care se vor plăti de către părțile responsabile.

d) limitarea domeniului de activitate pentru care furnizorul de servicii sociale a fost acreditat, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiar;

e) schimbarea obiectului de activitate al furnizorului, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiar.

13. Încetarea contractului

Constituie motiv de încetare a contractului următoarele:

a) expirarea duratei pentru care a fost încheiat contractul;

b) acordul părților privind încetarea contractului;

c) scopul contractului a fost atins;

d) lipsa fondurilor necesare susținerii furnizării în condiții optime a serviciilor sociale contractate;

e) forța majoră, dacă este invocată.

14. Dispoziții finale

14.1. Părțile contractate au dreptul pe durata îndeplinirii contractului, de a conveni modificarea clauzelor contractului prin act adițional numai în cazul apariției unor circumstanțe care lezează interesele legitime ale acestora și care nu au putut fi prevăzute la data încheierii contractului.

14.2. Prevederile prezentului contract se vor complecta cu prevederile legislației în vigoare în domeniu.

14.3. Limba care guvernează contractul este limba română.

14.4. Contractul va fi interpretat conform legilor din România.

14.5. Furnizorul de servicii sociale realizează monitorizarea și evaluarea serviciilor sociale acordate.

14.6. Măsurile de implementare a planului individualizat de asistență și îngrijire se comunică Direcției de Asistență Socială, conform legii.

14.7. Pe baza raportului cu privire la rezultatele implementării planului individualizat de asistență și îngrijire, Direcția de Asistență Socială va monitoriza activitatea furnizorului de servicii sociale.

14.8. Beneficiarul își da acordul privind depunerea unui exemplar din prezentul contract la Direcția de Asistență Socială Iași, fără a se încălca astfel principiul confidențialității.

Anexele contractului[12]

a) planul individualizat de asistență și îngrijire.

b) fișa de evaluare și reevaluare a serviciilor sociale acordate beneficiarului, în funcție de caz.

c) planul de asistență și îngrijire sau planul revizuit.

[12] Părțile contractante pot stabili de comun acord și alte tipuri de anexe.

ROMANIAN UNIVERSITY LIBRARY

Prezentul contract de furnizare a serviciilor sociale a fost încheiat la sediul Furnizorului de servicii sociale/domiciliul Beneficiarului în 2(două) exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

O copie a acestui contract va fi transmisă Direcției de Asistență Socială de către Furnizorul de Servicii Sociale.

Localitatea: _____
Data: _____

Furnizor de servicii sociale,

_____
(*numele persoanei/persoanelor autorizate sa semneze*)

Semnătura: _____

Beneficiar,

_____
(*numele si prenumele persoanei*)

Semnătura: _____

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 5[13]

ANCHETA SOCIALĂ

Realizată de asistenții sociali: _____
Locul și data: _____
Persoane prezente: _____

I. Date de identificare a beneficiarului
Nume și prenume: _____
Locul și data nașterii: _____
CNP: _____ B.I./C.I. _____
Domiciliul legal: _____
Domiciliul în fapt: _____
Stare civilă: _____
Studii: _____ Ocupația: _____
Etnia: _____ Religia: _____

II. Date despre familie:
Date despre soț/soție:
Nume și prenume: _____
Locul și data nașterii: _____
CNP: _____ B.I./ C.I. _____
Domiciliul legal: _____
Domiciliul în fapt: _____
Stare civilă: _____
Studii: _____ Ocupația: _____
Etnia: _____ Religia: _____

Date despre copii:

Nr. crt.	Nume și prenume	Vârsta	Ocupația	Domiciliul	Observații
1.					
2.					

Date despre alte persoane care locuiesc la aceeași adresă:

Nr. crt.	Nume și prenume	Vârsta	Starea civilă	Ocupație
1.				
2.				

[13] Model completat în secțiunea I.4.5.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

III. Istoricul social al beneficiarului

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IV. Starea de sănătate

_____

_____

_____

_____

_____

V. Situația materială/ financiară

Locuința

Proprietate personală: □ da □ nu Numărul de camere: _____

□ Electricitate □ Apă curentă □ Încălzire □ Telefon

Starea de igienă: □ Satisfăcătoare □ Nesatisfăcătoare

Suprafață de teren cultivată (tipul culturii): _____

Animale: _____

Alte proprietăți: _____

Venituri

Stabile: _____

Ocazionale: _____

VI. Relațiile în familie și comunitate

Relații în familie: _____

_____

_____

Relații în comunitate: _____

_____

_____

VII. Observații

_____

_____

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

VIII. Concluzii și recomandări

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Asistenți sociali: _____

_____

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 6[14]

GRILA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A NEVOILOR PERSOANELOR VÂRSTNICE

Nr. Fișei: _____
Data luării în evidență: _____
Data evaluării: _____
Data ieșirii din evidență: _____

I. PERSOANA EVALUATĂ

Numele*): _____ Prenumele: _____
Data și locul nașterii: _____ Vârsta: _____
Adresa: Str. _____ Nr. ____ Bl. ____ Sc. ____ Et. ____ Ap. ____
Localitatea: _____ Județul _____ Codul Poștal _____
Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
Profesia: _____ Ocupația: _____
Studii:

- □ Fără
- □ Primare
- □ Gimnaziale
- □ Liceale
- □ Universitare

Carte de identitate: _____ Seria _____ Nr. _____
Cod numeric personal: _____
Cupon pensie (dosar pensie) nr. _____
Dosar (cupon) persoană cu handicap nr. _____
Carnet asigurări de sănătate nr. _____ Seria _____

*) Se completează cu inițiala tatălui.

Sex:

- □ Masculin
- □ Feminin

Religie: _____
Starea civilă:

- □ Necăsătorit/ă
- □ Căsătorit/ă la data de _____
- □ Văduv/ă de la data de _____
- □ Divorțat/ă la data de _____
- □ Despărțit în fapt de la data de _____

[14] Model completat în secțiunea I.4.6.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Copii:

□ Da

□ Nu

Dacă da, înscrieți numele, prenumele, adresa, telefonul

_____

_____

_____

Ii. Reprezentantul legal

Numele : _____

Prenumele: _____

Calitatea:

□ Soț/soție

□ Fiu/fiică

□ Rudă

□ Alte persoane

Data și locul nașterii: _____ Vârsta: _____

Adresa: Str. _____ Nr. ____ Bl. _____ Sc. _____ Et. _____ Ap. ___

Localitatea: _____ Județul: _____ Codul poștal _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

III. PERSOANA DE CONTACT ÎN CAZ DE URGENȚĂ

Numele *): _____ Prenumele: _____

Data și locul nașterii: _____ Vârsta: _____

Adresa: Str. _____ Nr. ____ Bl. _____ Sc. _____ Et. _____ Ap. ____

Localitatea: _____ Județul _____ Codul Poștal _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

IV. EVALUAREA SOCIALĂ

A. Locuința

□ casă

□ Apartament bloc

□ Alte situații

Situată:

□ Parter

□ Etaj

□ Lift

Se compune din:

- Nr. Camere : _____
- Bucătărie [ ] Baie [ ] Duș [ ]
- Wc

BCU ASCENTRALA UNIVERSITY LIBRARY

□ situat în interior
□ Situat în exterior
• Încălzire:
□ Fără
□ Centrală
□ Cu lemne/cărbuni
□ Gaze
□ Cu combustibil lichid
• Apă curentă
□ Da
□ Nu
□ Rece
□ Caldă
□ Alte situații

Condiții de locuit:

Luminozitate
□ Adecvată
□ Neadecvată

Umiditate
□ Adecvată
□ Igrasie

Igiena
□ Adecvată
□ Neadecvată

Locuința este prevăzută cu:
□ Aragaz, mașină de gatit
□ Frigider
□ Mașină se spălat
□ Radio/televizor
□ Aspirator

Concluzii privind riscul ambiental:

_____

_____

B. Rețea de familie

Trăiește:
□ Singur/ă de la data de _____
□ Cu soț/soție de la data de _____
□ Cu copii de la data de _____
□ Cu alte rude de la data de _____
□ Cu alte persoane de la data de _____

BCU ASIO CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

.Lista cuprinzând persoanele cu care locuiește
(Numele, prenumele, calitatea, vârsta):

_____ Este compatibil da [ ] nu [ ]
_____ Este compatibil da [ ] nu [ ]
_____ Este compatibil da [ ] nu [ ]
_____ Este compatibil da [ ] nu [ ]

- una dintre persoanele cu care locuiește este:
  - □ Bolnavă
  - □ Cu dizabilități/ handicap
  - □ Dependentă de alcool
- este ajutat de familie: da [ ] nu [ ]
  - □ Cu bani
  - □ Cu mâncare
  - □ Activități de menaj
- relațiile cu familia sunt:
  - □ Bune
  - □ Cu probleme
  - □ Fără relații
- există risc de neglijare: da [] nu []
- abuz: da [ ] nu [ ]
  Dacă da, specificați:

_____
_____

C. Rețea de prieteni, vecini

- Are relații cu prietenii, vecinii:
  - □ Da
  - □ Nu
  - □ Vizite
  - □ Relații de întrajutorare
- Relațiile sunt:
  - □ Permanente
  - □ Rare
- Frecventează:
  - □ Un grup social
  - □ Biserica
  - □ Altele

Specificați: _____

BCU "IOAN CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Înscrieți numele și prenumele prietenilor și/sau vecinilor cu care întreține relații bune și de întrajutorare, grupuri sociale:

_____

_____

_____

- Este ajutat de prieteni, vecini pentru:
  - □ Cumpărături
  - □ Activități de menaj
  - □ Deplasare în exterior
- Participă la:
  - □ Activități ale comunității
  - □ Activități recreative
- Comunitatea îi oferă un anumit suport:
  - □ Da
  - □ Nu

Dacă da, specificați: _____

_____

_____

V. EVALUAREA SITUAȚIEI ECONOMICE

- Venit lunar propriu reprezentat de:
  - □ Pensie de asigurări sociale de stat _____
  - □ Pensie pentru agricultori _____
  - □ Pensie I.O.V.R. _____
  - □ Pensie pentru persoană cu handicap _____
- Alte venituri: _____
- Venitul global: _____
- Bunuri mobile și imobile aflate în posesie: _____

VI. EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE

A. Diagnostic prezent

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

B. Starea de sănătate prezentă

- antecedente familiale relevante

_____

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- antecedente personale

- tegumente și mucoase (prezența ulcerului de decubit, plăgi etc.)

- aparat locomotor (se evaluează și mobilitatea și tulburările de mers)

- aparat respirator (frecvența respiratorie, tuse, expectorație, dispnee)

- aparat cardiovascular (ta, av, puls, dureri, dispnee, tulburări de ritm, edeme, tulburări circulatorii periferice etc.)

- aparat digestiv (dentiție, grețuri, dureri, meteorism, tulburări de tranzit intestinal - prezența incontinenței anale; se evaluează și starea de nutritie)

- aparat urogenital (dureri, tulburări de micțiune - prezența incontinenței urinare etc., Probleme genitale)

- organe de simț (auz, văz, gust, miros, simț tactil)

- examen neuropsihic (precizări privind reflexele, tulburări de echilibru, prezența deficitului motor și senzorial, crize jacksoniene etc.)

C. Investigatii paraclinice relevante
(datele se identifică din documentele medicale ale persoanei):

D. Recomandări de specialitate privind tratamentul igienico-terapeutic și de recuperare (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei - bilete de externare, rețete și/sau fișa medicală din spital, policlinică, cabinet medicina de familie):

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

VII. EVALUAREA GRADULUI DE DEPENDENȚĂ

Criteriile de încadrare în grade de dependență		Nu necesită supraveghere, ajutor	Necesită supraveghere temporară și/sau parțială.	Necesită supraveghere permanentă și/sau integral.
EVALUAREA AUTONOMIEI		0	1	2
A. Evaluarea statusului funcțional				
A.I. Activități de bază ale vieții de zi cu zi				
1	Igienă corporală (toaleta generală, intimă, specială)	Autonom	Ajutor parțial.	Se realizează numai cu ajutor.
2	Îmbrăcat/dezbrăcat (posibilitatea de a se îmbraca, de a se dezbrăca, de a avea un aspect îngrijit)	Autonom	Autonom și/sau parțial autonom pentru îmbrăcat; trebuie încălțat.	Se realizează numai cu ajutor.
3	Alimentație (posibilitatea de a se servi și de a se hrăni singur)	Mănâncă singur	Ajutor pentru tăiat carne, fructe, pâine etc.	Se realizează numai cu ajutor.
4	Igiena eliminărilor (continență)	Autonom	Incontinență ocazionala.	Incontinent
5	Mobilizare (trecerea de la o pozitie la alta – ridicat-așezat, așezat-culcat etc).	Autonom	Necesită ajutor.	Grabatar
6	Deplasare în interior (deplasare în interiorul camerei în care trăiește, cu sau fără baston, cadru, scaun rulant etc.).	Autonom	Se deplasează cu ajutor parțial.	Nu se deplasează fără ajutor.
7	Deplasare în exterior (deplasarea în exteriorul locuinței fără mijloace de transport).	Autonom	Se deplasează cu ajutor parțial.	Nu se deplasează fără ajutor.
8	Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță în scopul de a alerta: telefon, alarmă, sonerie etc).	Utilizare normală a mijloacelor de comunicare.	Nu utilizează în mod spontan mijloacele de comunicare.	Incapabil de a utiliza mijloacele de comunicare.
A.II. Activități instrumentale				
1	Prepararea hranei (capacitatea de a-și prepara singur mâncarea).	Prevede, prepară și servește mesele în mod normal.	Necesită ajutor parțial pentru prepararea și servirea mesei.	Masa îi este preparată și servită de altă persoană.
2	Activități de menaj (efectuarea de activități menajere: întreținerea casei, spălatul hainelor, spălatul vaselor etc.).	Efectuează singur activitățile menajere.	Efectuează parțial activități ușoare.	Incapabil să efectueze activități menajere, indiferent de activitate.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Criteriile de încadrare în grade de dependenţă		Nu necesită supraveghere, ajutor	Necesită supraveghere temporară şi/sau parţială.	Necesită supraveghere permanentă şi/sau integral.
EVALUAREA AUTONOMIEI		0	1	2
3	Gestiunea şi administrarea bugetului şi a bunurilor (gestionează propriile bunuri, bugetul, ştie să folosească banii etc).	Gestionează în mod autonom finanţele proprii.	Necesită ajutor pentru operaţiuni financiare mai complexe.	Incapabil de a-şi gestiona bunurile şi de a utiliza banii.
4	Efectuarea cumpărăturilor (capacitatea de a efectua cumpărăturile necesare unui trai decent).	Efectuează singur cumpărăturile.	Poate efectua un număr limitat de cumpărături şi/sau necesită însoţitori.	Incapabil de a face cumpărături.
5	Respectarea tratamentului medical (posibilitatea de a se conforma recomandărilor medicale).	Ia medicamentele în mod corect (dozaj şi ritm).	Ia medicamentele dacă dozele sunt preparate separat.	Incapabil să ia singur medicamentele.
6	Utilizarea mijloacelor de transport (capacitatea de a utiliza mijloacele de ransport).	Utilizează mijloacele de transport public sau conduce propria maşină.	Utilizează transportul în comun numai însoţit.	Se deplasează puţin numai însoţit, în taxi sau maşină.
7	Activităţi pentru timpul liber (persoana are activităţi culturale, intelectuale, fizice etc – solitare sau în grup).	Le realizează în mod curent.	Le realizează rar, fără participare spontană.	Nu realizează şi nu participă la astfel de activităţi.
B. Evaluarea statusului senzorial şi psihoafectiv				
1	Acuitate vizuală	Suficient de bună pentru a citi, a scrie, a lucra manual etc.	Distinge feţele, vede suficient pentru a se orienta şi a evita obstacolele.	Vede numai umbre şi lumini: cecitate.
2	Acuitate auditivă	Aude bine.	Aude numai vocea puternică sau aude numai cu proteză.	Surditate sau aude sunetele, dar nu înţelege cuvintele.
3	Deficienţă de vorbire	Fără	Disfazie, voce de substituţie, altele.	Afazie
4	Orientare	Orientat în timp şi în spaţiu.	Dezorientat în timp	Dezorientat în spaţiu şi/sau faţă de alte persoane.
5	Memoria	Fără tulburări de memorie	Prezintă tulburări medii, benigne.	Prezintă tulburări severe, maligne.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Criteriile de încadrare în grade de dependenţă		Nu necesită supraveghere, ajutor	Necesită supraveghere temporară şi/sau parţială.	Necesită supraveghere permanentă şi/sau integral.
EVALUAREA AUTONOMIEI		0	1	2
6	Judecată	Intactă	Diminuată	Grav alterată
7	Coerenţă	Păstrată în totalitate	Păstrată parţial	Incoerenţă
8	Comportament	Normal	Prezintă tulburări medii (hipoactiv, hiperactiv etc.)	Prezintă tulburări grave.
9	Tulburări afective (prezenţa depresiei)	Fără	Depresie medie	Depresie majoră

NOTĂ:

Pentru fiecare activitate evaluată se identifică trei posibilităţi:

0 - activitate făcută fără ajutor, în mod obişnuit şi corect;
- nu necesită supraveghere şi ajutor.

1 - activitate făcută cu ajutor parţial şi/sau mai puţin corect;
- necesită supraveghere temporară şi/sau ajutor parţial.

2 - activitate făcută numai cu ajutor;
- necesită supraveghere permanentă şi/sau ajutor integral.

Evaluarea statusului funcţional şi psihoafectiv se realizează avându-se în vedere condiţia obligatorie de integritate psihică şi mentală a persoanei pentru a fi aptă să efectueze activităţile de bază şi instrumentale ale vieţii de zi cu zi.

VIII. REZULTATELE EVALUĂRII

A. Nevoile identificate

_____

_____

_____

B. Gradul de dependenţă:

- gradul IA - persoanele care şi-au pierdut autonomia mentală, corporală, locomotorie, socială şi pentru care este necesară prezenţa continuă a personalului de îngrijire;
- gradul IB - persoanele grabatare, lucide sau ale căror funcţii mentale nu sunt în totalitate alterate şi care necesită supraveghere şi îngrijire medicală pentru marea majoritate a activităţilor vieţii curente, noapte şi zi. Aceste persoane nu îşi pot efectua singure activităţile de bază de zi cu zi;
- gradul IC - persoanele cu tulburări mentale grave (demenţe), care şi-au conservat, în totalitate sau în mod semnificativ, facultăţile locomotorii, precum şi unele gesturi cotidiene pe care le efectuează numai stimulate.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Necesită o supraveghere permanentă, îngrijiri destinate tulburărilor de comportament, precum și îngrijiri regulate pentru unele dintre activitățile de igienă corporală;

- gradul IIA - persoanele care și-au conservat autonomia mentală și parțial autonomia locomotorie, dar care necesită ajutor zilnic pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;
- gradul IIB - persoanele care nu se pot mobiliza singure din poziția culcat în picioare, dar care, o dată ridicate, se pot deplasa în interiorul camerei de locuit și necesită ajutor parțial pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;
- gradul IIC - persoanele care nu au probleme locomotorii, dar care trebuie să fie ajutate pentru activitățile de igienă corporală și pentru activitățile instrumentale;
- gradul IIIA - persoanele care se deplasează singure în interiorul locuinței, se alimentează și se îmbracă singure, dar care necesită un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi. În situația în care aceste persoane sunt găzduite într-un cămin pentru persoane vârstnice ele sunt considerate independente;
- gradul IIIB - persoanele care nu și-au pierdut autonomia și pot efectua singure activitățile vieții cotidiene.

IX. SERVICII SOCIALE ȘI SOCIOMEDICALE (DE ÎNGRIJIRE)

_____

_____

X. DORINȚELE PERSOANEI VÂRSTNICE EVALUATE

_____

_____

XI. DORINȚELE ÎNGRIJITORILOR DIN REȚEAUA INFORMALĂ (RUDE, PRIETENI, VECINI)

_____

_____

_____

XII. OFERTA LOCALĂ DE SERVICII poate acoperi următoarele nevoi identificate

_____

_____

_____

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA

XIII. CONCLUZII

(Referiri la gradul de dependență, la locul în care necesită să fie îngrijit - domiciliu sau în instituție, posibilități reale de a realiza îngrijirile, persoanele care efectuează îngrijirile etc.)

_____
_____
_____
_____

PERSOANA EVALUATĂ: _____
SEMNATURA: _____
FAMILIA:
*SOȚ/SOȚIE:*_____ SEMNATURA:_____
FIU/FIICA: _____ SEMNATURA:_____
*REPREZENTANT LEGAL:*_____ SEMNATURA:_____

XIV. ECHIPA DE EVALUARE

- **Medic**

NUMELE:_____PRENUMELE:_____
SPECIALITATEA: _____
UNITATEA LA CARE LUCREAZĂ: _____
ADRESA: _____
TELEFON: _____SEMNĂTURA:_____

- **Asistent social**

NUMELE:_____PRENUMELE:_____
SPECIALITATEA: _____
UNITATEA LA CARE LUCREAZĂ: _____
ADRESA: _____
TELEFON: _____SEMNĂTURA:_____

- **Asistent social**

NUMELE:_____PRENUMELE:_____
SPECIALITATEA: _____
UNITATEA LA CARE LUCREAZĂ: _____
ADRESA: _____
TELEFON: _____SEMNĂTURA:_____

- **Alte persoane din echipa de evaluare:**

_____
_____

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 7[15]

ANALIZA CÂMPULUI DE FORȚE

(+) Forțe pozitive →	(-) Forțe negative ←

[15] Model completat în secțiunea I.4.9.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 8[16]

MATRICEA CICLULUI DE VIAȚĂ

Membrii familiei	Vârsta membrilor familiei									
	0 - 1	2 - 4	5 - 7	8 - 12	13 -17	18 -22	23 -34	35 - 60	61 -75	76-85

Legendă:

X – stadiul de dezvoltare al membrului familiei

n – nevoi ale membrului familiei

r – resurse ale membrului familiei

[16] Model completat în secțiunea I.4.10.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 9[17]

PLAN INDIVIDUALIZAT DE ÎNGRIJIRE ȘI ASISTENȚĂ

Data realizării/ revizuirii : _____
Nr. de înregistrare al cazului: _____

A. DATE DESPRE CAZ

1. Numele și prenumele beneficiarului: _____
2. Data nașterii: _____; Vârsta: _____; CNP: _____
3. Reprezentantul legal și gradul de rudenie: _____
4. Adresa: _____
5. Motivul întocmirii/ revizuirii planului de servicii:

_____

6. Managerul de caz care asigură coordonarea metodologică a responsabilului de caz: _____
7. Responsabil de caz: _____

B. MEMBRII ECHIPEI ȘI INSTITUȚIA DIN CARE PROVIN:

_____

C.BENEFICII SOCIALE

Tipul	Cuantumul/ cantitatea	Autoritatea locală/ Instituția/ ONG	Data începerii	Perioada de acordare

D.SERVICII PENTRU BENEFICIAR

Tipul	Instituția responsabilă	Obiective specifice	Data începerii	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă

OBSERVAȚII LEGATE DE ÎNDEPLINIREA OBIECTIVELOR:

_____

_____

Responsabil de caz (numele și prenumele în clar și semnătura): _____

Membrii echipei (numele și prenumele în clar și semnătura): _____

_____

[17] Model completat în secțiunea I.4.11.

RCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 10[18]

PROGRAMUL ŞI ORARUL ACTIVITĂŢILOR DESFĂŞURATE LA DOMICILIUL BENEFICIARULUI

Activitate	Interval orar	Persoană responsabilă	Perioada desfăşurării (săptămânal)						
			L	M	M	J	V	S	D

Data: _____

Manager caz (numele şi prenumele în clar şi semnătura): _____

Responsabil de caz (numele şi prenumele în clar şi semnătura): _____

Beneficiar (numele şi prenumele în clar şi semnătura): _____

[18] Model completat în secţiunea I.4.12.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 11[19]

FIȘĂ DE EVIDENȚĂ A ADMINISTRĂRII MEDICAȚIEI *

Luna	Ziua	Da/ Nu*(2)	Medicament	Responsabilul administrării medicației	Semnătura responsabilului
Săpt.1*(1)	Luni				
	Marți				
	Miercuri				
	Joi				
	Vineri				
	Sâmbătă				
	Duminică				

* Fișa de evidență a administrării medicației se întocmește atât pentru beneficiarii care își pot administra singuri medicația cât și pentru cei care necesită asistență în acest sens.

*(1) Evidența administrării medicației este valabilă pentru fiecare săptămână a lunii.

*(2) Dacă medicamentul este administrat în ziua respectivă, se va haşura căsuța corespunzătoare.

[19] Model completat în secțiunea I.4.13.

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 12[20]

PROGRAM INDIVIDUALIZAT DE RECUPERARE (PIR)

Obiective	Activitați	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă

Data: _____

Manager caz (numele și prenumele în clar și semnătura): _____

Responsabil de caz (numele și prenumele în clar și semnătura): _____

[20] Model completat în secțiunea I.4.14.

RCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 13[21]

PROGRAM DE INTEGRARE SOCIALĂ

Nr. înregistrare caz: _____
Numele și prenumele beneficiarului: _____
Responsabil de caz: _____

Activitate(ți)	Instituția responsabilă	Obiective specifice	Data începerii	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă

Această anexă a fost întocmită în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte, în urma consimțământului beneficiarului.

Data: _____ Semnătură responsabil de caz: _____ Semnătură beneficiar: _____

[21] Model completat în secțiunea I.4.15.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 14

RAPORT DE ÎNTREVEDERE/CONVORBIRE TELEFONICĂ

☐ **DE ÎNTREVEDERE** ☐ **DE CONVORBIRE TELEFONICĂ**

Data: _____ **Ora:** _____ Programată – **da / nu**
Locul_____

Persoane prezente / contactate: _____
Scopul: _____

Conținutul întrevederii / convorbirii: _____
_____
_____
_____
_____

Observații:_____
_____
_____
_____

Realizat de: _____

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 15

Nr. _____ /_____

PROCES VERBAL DE DONAȚIE

Încheiat astăzi,_____, între (instituția)_____ cu sediul în _____, Str._____ nr. _____ telefon _____, fax:_____, în calitate de donator, reprezentată prin _____, având funcția de_____, și _____, CNP_____ _____, cu domiciliul în _____ _____, în calitate de beneficiar/beneficiari, care au procedat, primul la donarea și al doilea la primirea următoarelor bunuri în valoare totală de _____ conform bon fiscal/factură fiscală nr. _____ din data de _____, furnizor _____

Nr. crt.	Articol	Număr bucăți / seturi	Valoare
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Clauze:

- Aceste produse sunt destinate vârstnicilor în scopul_____
- Beneficiarul(a),_____, nu are voie să înstrăineze materialele primite prin vânzare către terțe părți și se obligă să le folosească doar în scopul menționat mai sus.

Acest Proces verbal a fost întocmit în 2 exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Beneficiar/reprezentant beneficiar: Reprezentant instituție

_____ _____

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 16[22]

DECIZIE DE SISTARE A SERVICIILOR

Prin prezenta, instituția _____ cu sediul în _____, prin _____, în calitate de _____, vă aduce la cunoștință faptul că va fi sistată acordarea de servicii psihosociale pentru beneficiarul _____, nr. de înregistrare al cazului: _____, conform detaliilor următoare:

Data sistării serviciilor: _____

Motivul sistării serviciilor:

_____

_____

_____

_____

_____

Această decizie a fost întocmită în două exeplare, câte una pentru fiecare parte.

Data: Semnătură responsabil de caz: Semnătură beneficiar:

_____ _____ _____

[22] Model completat în secțiunea I.4.16.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 17[23]

FIȘĂ DE ÎNCHIDERE A CAZULUI

Subsemnatul(a), _____, în calitate de_____ propun spre închidere cazul _____, beneficiar de servicii psihosociale pentru persoane vârstnice, în cadrul _____
Clientul a beneficiat de următoarele servicii:

- ☐ A fost sprijinit pe o perioadă de _____ luni, timp în care a primit ajutor financiar constând în _____
- ☐ Consiliere pentru: _____
- ☐ Acompaniere în vederea: _____
- ☐ Intermediere: _____
- ☐ Alte servicii: _____

Cazul este închis din următoarele motive :

- ☐ Atingerea obiectivelor
- ☐ Renunțarea clientului
- ☐ Referirea către servicii similare
- ☐ Necooperarea clientului
- ☐ Schimbarea domiciliului legal al clientului
- ☐ Alte situații: _____

Persoana de contact pentru urmărirea evoluției vârstnicului:_____
Adresa de contact: _____
Tel:_____; Fax:_____; Mobil: _____
E-mail: _____
Data închiderii cazului: _____
Responsabil de caz: _____
Semnătura: _____

Supervizor: _____
Semnătura: _____

[23] Model completat în secțiunea I.4.17.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 18[24]

FIȘĂ DE MONITORIZARE

Număr de înregistrare al cazului: _____

Nume: _____ **Prenume:** _____

Data începerii asistenței: _____
Data sistării asistenței: _____

Observații referitoare la evoluția cazului: _____
_____
_____
_____
_____

Propuneri: _____
_____
_____
_____

Data: _____

Responsabil caz:_____
Semnătura: _____

[24] Model completat în secțiunea I.4.18.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 19[25]

CONTRACT DE ASISTENȚĂ PSIHOLOGICĂ

Încheiat între _____, în calitate de psiholog, cu activitate în cadrul _____, și _____, în calitate de beneficiar al ședințelor de consiliere/ terapie oferite ca parte a serviciilor psihosociale pentru persoanele vârstnice.

În cadrul acestei anexe se stipulează următoarele:

Considerații privind serviciile psihologice

1. Frecvența ședințelor de consiliere este următoarea:_____

2. Durata ședințelor de consiliere este de: _____

3. Obiectivele stabilite de comun acord pentru ședințele de consiliere sunt următoarele:
   a. _____
   b. _____
   c. _____

Responsabilitățile psihologului în ceea ce privește confidențialitatea

În calitate de psiholog al clientului _____ , mă angajez să respect confidențialitatea tuturor informațiilor la care am acces în timpul ședințelor de consiliere, excepție fiind următoarele situații reglementate de lege:

1. Din cele relatate de client, reiese că viața sa a fost/este/poate fi pusă în pericol;
2. Când însuși clientul a pus/pune/poate pune în pericol viața altor persoane;

Totodată,

3. Unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere pot constitui subiectul unor lucrări cu caracter științific sau sesiuni de comunicare între profesioniști, fără divulgarea identității clientului/ clienților, aceasta rămânând anonimă;
4. Unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere pot fi transmise membrilor echipei multidisciplinare cu scopul bunăstării clientului.

[25] Model completat în secțiunea II.6.1.

BCU "MIHAIL KOGĂLNICEANU" UNIVERSITY LIBRARY

Responsabilitățile clientului

În calitate de beneficiar al serviciilor de asistență psihologică, mă angajez să respect următoarele:

- Programul ședințelor de consiliere stabilit în această anexă;
- Să anunț în cazurile în care, din anumite motive, nu pot fi prezent la ședințe;
- Să colaborez cu psihologul în vederea realizării obiectivelor stabilite pentru ședințele de consiliere.

Această anexă a fost întocmită în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte, în urma consimțământului beneficiarului.

Data: _____

Semnătură beneficiar:_____

Semnătură psiholog: _____

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 20[26]

RAPORT DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ

Număr de înregistrare al cazului: _____ / _____
Numele beneficiarului: _____
Vârsta: _____
Studii: _____
Evaluare psihologică realizată de: _____
Numărul de întâlniri realizate: _____
Metode de evaluare folosite:

_____
_____
_____

Caracteristici psihomedicale ale vârstnicului
Familia:

_____
_____
_____
_____
_____

Situația materială:

_____
_____
_____

Starea de sănătate:

_____
_____
_____
_____

Relațiile sociale:

_____
_____
_____
_____

Caracteristici comportamentale:

_____
_____
_____
_____

[26] Model completat în secțiunea II.6.2.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Evaluarea funcțiilor cognitiv-intelectuale:

Evaluarea dimensiunii afective a vârstnicului:

Aspecte ale profilului psihologic:

Modalități de raportare la problemele vârstei a treia:

Recomandări:

Data întocmirii raportului:

Semnătura psihologului:

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 21[27]

RAPORT DE ÎNTREVEDERE PENTRU CONSILIERE PSIHOLOGICĂ

Nr. de înregistrare al cazului: _____/_____
Numele beneficiarului: _____

Persoane prezente: _____

Data: _____
Locul desfășurării ședinței: _____

Obiectiv/ Tema de consiliere abordată:

_____
_____
_____
_____

Metode și tehnici utilizate:

_____
_____
_____
_____

Observații și recomandări:

_____
_____
_____
_____

Psiholog,

_____

[27] Model completat în secțiunea II.6.3.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 22[28]

FIȘĂ INDIVIDUALĂ DE CONSILIERE

Număr de înregistrare al cazului: _____/_____
Numele clientului: _____

Desfășurarea ședinței. Repere principale	Tehnici, metode și instrumente utilizate în consiliere	Observații	Data

[28] Model completat în secțiunea II.6.4.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ISBN 978-973-0-12868-0

ASOCIAŢIA ALTERNATIVE SOCIALE

Şos. Nicolina nr.24, bl. 949, parter
Iaşi, jud. Iaşi, cod poştal 700722,România
Tel: +40 332 407 178
Fax: +40 332 407 179

Str. Cuza Vodă nr.8, sc. B, demisol
Iaşi, jud. Iaşi, cod poştal 700036, România
Tel: +40 332 405 476
Fax: +40 332 405 477

E-mail: office@alternativesociale.ro
www.alternativesociale.ro
www.antitrafic.ro
www.singuracasa.ro

Material realizat în colaborare cu

UniCredit Foundation

B.U. IASI/CENTR. UNIVERSITY LIBRARY